

RIJSUNIVERSITEIT GRONINGEN

ZORGVERMIJDING EN ZORGVERLAMMING

Een onderzoek naar competentieontwikkeling in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

Proefschrift

ter verkrijging van het doctoraat in de
Gedrags- en Maatschappijwetenschappen
aan de Rijksuniversiteit Groningen
op gezag van de
Rector Magnificus, dr. F. Zwarts,
in het openbaar te verdedigen op
donderdag 14 juni 2007
om 13.15 uur

door

Gerrit Hendrik Schout
geboren op 17 mei 1959
te Den Bommel

Promotores : Prof. dr. M. van der Kamp
: Prof. dr. H.P. Kunneman
Copromotor : Dr. J.J.M. Zeelen

Beoordelingscommissie : Prof. dr. S.A. Reijneveld
: Prof. dr. T. Zandberg
: Prof. dr. D.J. van Houten

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord

Hoofdstuk 1 Inleiding

- 1.1 De doelgroep van de OGGz
- 1.2 Afbakening van het onderzoeksgebied
- 1.3 Onderzoeksvragen
- 1.4 Beschrijving van het onderzoeksproject
- 1.5 Theoretisch perspectief: structuratie
- 1.6 Opbouw van het boek

Hoofdstuk 2 De productie van zorgvermijding en zorgverlamming

- 2.1 Inleiding
- 2.2 Trage vragen
- 2.3 Anomie en vervreemding
- 2.4 Zorgvermijding
- 2.5 Zorgverlamming
- 2.6 Conclusie

Hoofdstuk 3 De reductie van zorgvermijding en zorgverlamming: condities

- 3.1 Inleiding
- 3.2 Structuren, omstandigheden en hulpbronnen
- 3.3 Meldstructuur
- 3.4 Aanwezigheid van een lokaal zorgnetwerk
- 3.5 Afspraken en convenanten
- 3.6 Registratie
- 3.7 De deelnamestructuur
- 3.8 Een moreel kader
- 3.9 Constitutieve vaardigheden
- 3.10 Conclusie

Hoofdstuk 4 Competenties en de rol van stilzwijgende kennis

- 4.1 Inleiding
- 4.2 Stilzwijgende kennis en praktisch bewustzijn
- 4.3 De tweede natuur
- 4.4 Het begrip competentie
- 4.5 Conclusie

Hoofdstuk 5 De reductie van zorgvermijding en zorgverlamming: competenties

- 5.1 Inleiding
- 5.2 Onderzoeksopzet
- 5.3 Het verloop van het empirisch onderzoek.
 - 5.3.1 De keuze van een 'good practice'
 - 5.3.2 Het veldonderzoek
 - 5.3.3 Verbetering van de gevonden werkwijze door middel van focusgroepen
 - 5.3.4 Reconstructie van praktijkkennis
 - 5.3.4.1 Laag 1: Vakkennis en vaardigheden
 - 5.3.4.2 Laag 2: Intermediaire vaardigheden
 - 5.3.4.3 Laag 3: Morele oriëntaties
 - 5.3.4.4 Laag 4: Identiteit
- 5.4 Nabeschouwing en conclusie

Hoofdstuk 6 Naar een leerplan voor de OGGz

- 6.1 Inleiding
- 6.2 Het leertraject
- 6.3 De evaluatie van het leertraject
 - 6.3.1 Geringe relevantie
 - 6.3.2 Geringe leereffecten
 - 6.3.3 Gebrekkige aansluiting
 - 6.3.4 Deficiënties in het ontwikkelingsgericht werken
 - 6.3.5 Het produceren van een gedeelde praktijk
- 6.4 Conclusies

Hoofdstuk 7 Conclusies en aanbevelingen

- 7.1 Inleiding
- 7.2 Conclusies
- 7.3 Theoretische opbrengst
- 7.4 Aanbevelingen
- 7.5 Tot slot

Literatuurlijst

Summary

Stellingen

Bijlagen

- Bijlage 1
- Bijlage 2
- Bijlage 3
- Bijlage 4
- Bijlage 5
- Bijlage 6
- Bijlage 7

Deze dissertatie kan gezien worden als een verantwoording van het werk dat ik de laatste zeven jaar als onderzoeker, adviseur en trainer in de wereld van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz) heb mogen doen. Onderweg ben ik mensen tegengekomen die mij hebben gesteund en behoed voor uitglijders.

Allereerst noem ik een gezelschap van vijf personen, personen die net als ik ruimte in de samenleving willen maken voor sociaal kwetsbare mensen. Samen met hen werden psychiatrie cafés en congressen georganiseerd, projecten opgezet, subsidies aangevraagd, artikelen en leerboeken geschreven. Kortom een netwerk van waaruit het duwen en trekken aan organisaties kon worden gerealiseerd. Deze vijf personen ben ik erkentelijk voor hun steun, hun ideeën, hun ingangen bij organisaties en het plezier waarmee we samen klussen klaren. Deze vijf personen, ook wel aangeduid als de Daltons, zijn Gerard Lohuis, Ronald Schilperoort, Louis Polstra, Marlieke de Jonge en Frank Jongsma.

Bij het schrijven van deze dissertatie heb ik van verschillende instanties en personen steun gehad. Allereerst noem ik de Groningse psychiater Remmers van Veldhuizen en geestelijk vader van het begrip 'zorgverlamming', iemand die al jaren een lans breekt voor mensen die verstoken zijn van hulp. Ik ben hem inhoudelijk schatplichtig voor de wijze waarop hij de problematiek van zorgvermijding in het perspectief plaatste van zorgverlamming. De Stichting Gerard van Kleef te Rotterdam en het Stimuleringsfonds Openbare Gezondheidszorg in Den Haag wil ik bedanken voor de subsidie die zij verstrekten voor onderdelen van dit project. Speciale dank gaat daarbij uit naar Willem Zandbergen, inspecteur Verpleging, Verzorging & Thuiszorg (IGZ) en oud-staatssecretaris mevrouw Veder-Smit die behulpzaam waren bij het vinden van beide subsidies. De GGD in Groningen wil ik bedanken voor de hartelijke samenwerking in de periode van het veldonderzoek. De Stichting Lentis (voorheen GGZ Groningen) dank ik voor het onderdak dat zij hebben geboden aan twee onderzoeksstagiaires en het gezamenlijk optrekken in het vinden van subsidies.

Verschillende personen hebben me inhoudelijk en methodologisch geadviseerd. Ik dank in het bijzonder de hoogleraren Judith Wolf (KUN), Marianne Donker (EUR) en Sietske Waslander (RUG). Ook Ger Tillekens (RUG) dank ik voor zijn methodologische aanwijzingen. Ik ben om verschillende redenen dank verschuldigd aan mijn drie promotoren. Max van der Kamp dank ik voor de ruimte die hij gaf om vraagstellingen op te werpen en uit te werken. Harrie Kunneman ben ik erkentelijk voor zijn theoretische

aanwijzingen en voor de inspiratie die hij bood. Jacques Zeelen moedigde me aan om een dissertatie te schrijven en om er vervolgens een consistent boek van te maken. Zonder hem was dit boek er niet gekomen.

Uitermate trots ben ik op de support van mijn beide paranimfen. Ben Feringa is in binnen- en buitenland een gevierde wetenschapper. Toch is hij een toonbeeld van bescheidenheid gebleven. Hij heeft mij altijd gesteund in mijn pogingen om op mijn vakgebied een proefschrift te schrijven. Louis Polstra met wie ik in de vriendenkring van de Daltons veel samenwerk, is iemand die gesprekken aangrijpt om college te geven. Nooit heb ik me een moment verveeld bij die uiteenzettingen. In de voetsporen van zijn proefschrift staat dit boek.

Ook een woord van dank naar mijn ouders is op zijn plaats. Mijn vader had, toen hij nog leefde, het vermogen om zich onafhankelijk op te stellen en tegen de stroom in te gaan. Van hem leerde ik redeneren en debatteren. Stiekem heb ik de kunst van hem af kunnen kijken. Mijn moeder stond altijd onvoorwaardelijk achter haar vier kinderen. De steun die daarvan uitgaat heb ik steeds rijkelijk mogen ontvangen.

Tot slot dank ik Tineke Runia, mijn vrouw. Op zondagse wandelingen luisterde ze geduldig naar problemen die zich in het onderzoek voordeden. Zonder veel te zeggen bood ze me de ruimte om de zaken op een rij te zetten. Belangrijker nog is dat ze me stilzwijgend liet merken geloof te hechten aan het welslagen van dit onderzoeksproject.

Groningen, april 2007

De Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz) bestrijkt een breed terrein dat zich niet scherp laat afbakenen. Het betreft alle activiteiten die niet op geleide van een vrijwillige, individuele hulpvraag worden uitgevoerd¹. Kern van de begripsbepaling van OGGz is het ontbreken van actieve medewerking van de persoon of personen waar men zich op richt. Er is geen vraag om zorg in de traditionele zin. Het gaat om diffuse hulpbehoeften die doorgaans niet door de betrokkenen zelf worden gesignaleerd. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) onderscheidt drie niveaus waarop het OGGz-werk plaatsvindt, te weten²:

- Directe hulpverlening voor het individu, dat wil zeggen permanent beschikbare hulpverlening (7x24-uurs crisisinterventie en -opvang).
- Zorg voor risicogroepen, dat wil zeggen zorg en preventie³ voor mensen met een verhoogd risico.
- Collectieve GGz, dat wil zeggen preventie, gezondheidsbevorderende en beschermende activiteiten, gericht op niet nader omschreven groepen.

De OGGz is feitelijk een complex netwerk van hulpverleners en instellingen die samenwerken op grond van afspraken die al dan niet geregeld zijn in een convenant. In dit interorganisatiele werkverband is niet één centrale partij aanwezig die zijn wil dwingend aan anderen kan opleggen. Er zijn veel actoren, elk met eigen belangen en eigen verantwoordelijkheden. Deze actoren vervullen uiteenlopende taken, streven verschillende doeleinden na en volgen uiteenlopende strategieën om die doelen te bereiken⁴. Deze actoren moeten met elkaar zorg verlenen aan mensen die niet zelf een hulpvraag stellen. Mensen die door hulpverleners in de OGGz geholpen worden hebben vaak meervoudige problemen die elkaar versterken zoals: psychiatrische problemen, verslavingen, problemen met justitie, geldnood, burenruzie, dakloosheid, sociaal isolement, maar soms is er ook sprake van brandgevaar, vervuiling, infectiegevaar of allerlei somatische problemen. De druk op de hulpverlening is groot om daadkrachtig op te treden bij deze groep mensen. Toch treedt er

¹ Wennink, H.J. *De ongelukkige relatie tussen maatschappij en geestelijke gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier/ De tijdstroom, 1999

² Vereniging Nederlands Gemeenten. *Convenant openbare geestelijke gezondheidszorg. Een handreiking ter opstelling van een lokaal of regionaal convenant OGGz*. Den Haag: VNG, 2002

³ Nergens in dit boek – met uitzondering van hoofdstuk 7 – valt de term preventie. Toch zijn er in deze dissertatie feitelijk tal van reflecties op het gebrek aan secundaire en tertiaire preventie terug te vinden en worden er verschillende aanwijzingen geformuleerd om juist dit type preventie ter hand te nemen.

⁴ Landelijke Werkgroep Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, *De OGGz*. VNG, 2000

juist vaak een toestand op die Van Veldhuizen⁵ aanduidt als zorgverlamming. De veelheid aan problemen die deze mensen hebben maakt dat iedere instelling wel een reden heeft om zich niet met deze mensen te bemoeien, helemaal als cliënten zich onttrekken aan hulpverlening. De actoren wachten het initiatief van anderen af of geven de cliënt als een hete aardappel aan elkaar door. Uiteindelijk gebeurt er te weinig, te laat of ontbreekt het anderszins aan daadkracht. Dit verschijnsel, dat mensen van zorg verstoken zijn, wordt wel in verband gebracht met de vermaatschappelijking van zorg⁶. Hiermee wordt het streven bedoeld om mensen met psychiatrische problemen buiten de instellingsmuren, in de directe omgeving van de betrokkene zelf, zorg te bieden⁷. Kwekkeboom komt in haar proefschrift over het draagvlak voor de vermaatschappelijking van zorg tot de conclusie dat er wel draagvlak is maar dat dit draagvlak voornamelijk op papier bestaat. De samenwerking tussen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz), de eerste lijn, politie, woningbouwverenigingen, het maatschappelijk werk en organisaties die zich bezighouden met arbeid en vrije tijd, komt niet van de grond. Gemeenten halen de partijen niet om de tafel, instellingen schuiven de verantwoordelijkheid voor cliënten aan elkaar door en actoren zoeken elkaar niet spontaan op⁸.

Dat de maatschappelijke problemen dringend zijn en dat de hulpverlening in de ogen van het publiek te kort schiet kan geïllustreerd worden met een artikel in de Volkskrant van 20 maart 2004⁹.

‘... voor vele duizenden heeft de ‘vermaatschappelijking’ en de uitbreiding van patiëntenrechten funeste gevolgen gehad. Begeleiding in de wijk is nauwelijks van de grond gekomen. Patiënten vereenzamen in armoedige flatjes of wonen op straat. De maatschappelijke opvang is verstopt geraakt. Velen belanden in de criminaliteit en gebruiken drugs, die het effect van de medicijnen tenietdoen. Ze komen pas voor hulp in aanmerking als zich een gewelddadige situatie voordoet. Vice-president Yvo van Kuijk van het Arnhemse gerechtshof ziet het aantal psychiatrische patiënten in het strafrecht groeien. Forensisch psychiater Peter Panhuis uit Den Bosch komt in huizen van bewaring steeds meer ‘ernstig zieke mensen’ tegen. Rob Cremers, voorzitter van de raadkamer van de rechtbank in Den Bosch, ziet steeds meer ouders die uit wanhoop aangifte doen tegen hun eigen kind. In negen jaar tijd zijn twee keer zoveel TBS-veroordelingen opgelegd. Het aantal gedwongen opnames is sinds 2000 met ruim 25% gestegen. Opname

5 Veldhuizen, R. van Zorgverlamming. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, nr. 12, p1175 – 1185, 1998.

6 Henkelman, L. Stop de vermaatschappelijking. Zie: p29 e.v., *Psy* nr 5 2000

7 Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid, Tweede Kamer, 1983/84

8 Kwekkeboom, R.M.H. *Zo gewoon mogelijk : een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2001

9 Visser, E. Eerst ontsporen dan pas hulp. *Volkrant* 20 maart, p17, 2004

betekent niet automatisch behandeling want daarvoor moeten patiënten weer toestemming geven. Dwangbehandeling vindt pas plaats als ze in de inrichting gevaarlijk zijn. Gevolg: steeds meer patiënten worden twee, drie, soms wel vijf keer per jaar opgenomen. ‘Ze hollen van crisis naar crisis’, zegt bijzonder hoogleraar maatschappelijk opvang Judith Wolf.’ En verderop: ‘De overheid heeft patiënten in de maatschappij gedumpt maar verzuimd goede voorzieningen te treffen.’ (p17)

In hetzelfde artikel, maar ook in talloze publicaties in de vakpers, zijn nog andere geluiden te horen die wijzen op verloedering, verkommering, overlast en tekortschietende hulp voor mensen in uiterst zorgelijke situaties. Dit maatschappelijke probleem – van een netwerkorganisatie van meerdere professionals van verschillende instellingen, die zich bezighouden met de hulp aan mensen die meervoudige problemen hebben en daar bovendien zelf geen adequate oplossing voor zoeken – vormt de achtergrond van deze dissertatie.

1.1 De doelgroep van de OGGz

Mensen die gebruik maken van de OGGz hebben vaak meerdere problemen. In de verschillende maatschappelijke instellingen die hulp verlenen aan deze mensen bestaan uiteenlopende aanduidingen voor deze groep: probleemhuurders, mensen zonder hulpvraag, overlastveroorzakers, daklozen, zwerfjongeren, zorgwekkende zorgmijders, fase-4 klanten, stille problematiek (mensen die verpieteren achter de geraniums). Vaak zijn ze onvoldoende sociaal wendbaar om zich in de samenleving staande te houden, meestal ontberen ze een sociaal netwerk. Adequaat gebruik maken van bestaande voorzieningen doen ze vaak niet. Soms zoeken ze wel hulp maar kloppen ze bij de verkeerde instelling aan. De onderstaande groepen maken vaak onderdeel uit van de OGGz doelgroep:

1. zwervende dak- en thuislozen die bekend zijn bij het OGGz team, verslavingszorg of GGz;
2. zelfstandig wonende ouderen met dementie, depressie of alcoholisme;
3. mensen met een ‘dubbele diagnose’ (psychiatrie en verslaving);
4. mensen met gedrags- of persoonlijkheidstoornissen;
5. mensen met woonhygiënische problemen die overlast veroorzaken;
6. personen die getraumatiseerd zijn door geweld;
7. kinderen van verslaafde ouders met psychiatrische problematiek;
8. illegalen¹⁰.

10 Afkomstig uit de nota ‘OGGZ Nota 2004, GGD Noord-Kennemerland, 2004’ ‘Illegalen’ maken als zodanig geen deel uit van de doelgroep van de OGGz. Onverzekerd zijn, niet kunnen beschikken over legitimatie, de angst voor aangifte, maakt dat de groep illegalen soms niet of laat hulp zoekt en op grond hiervan tot de doelgroep van de OGGz gerekend wordt.

De G4, een samenwerkingsverband van de vier grootste gemeenten Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Den Haag en de aanbieders GGZ en verslavingszorg definiëren de OGGz-doelgroep door de volgende vijf criteria:

1. aanwezigheid van een psychiatrische stoornis (waaronder verslavingsproblemen), of ernstige psychosociale problemen;
2. tegelijkertijd, aanwezigheid van meerdere problemen op andere leefgebieden;
3. leidend tot het niet voldoende in staat zijn om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien (huisvesting, inkomen, sociale contacten, zelfverzorging, etc.);
4. gebrek aan mogelijkheden om de problemen op te lossen;
5. afwezigheid van een adequate hulpvraag¹¹.

De achtergronden en verschijningsvormen van OGGz problematiek hangen samen met verschillende factoren: niet afgemaakte opleidingen, arbeidsongeschiktheid, werkeloosheid, verslaving, persoonlijkheidsstoornissen, trauma's, wonen in een achterstandswijk, somatische stoornissen of gebrekkige sociale competenties. Maar ook demografische factoren spelen een rol: het krimpen van sociale netwerken samenhangend met vergrijzing, toename van het aantal alleenstaanden. Deze opsomming is niet uitputtend. Voor een diffuse doelgroep als die van de OGGz is het niet eenvoudig om een uitputtende opsomming van persoonlijke-, sociale- en omgevingsfactoren te geven¹². Duidelijk is wel dat in veel gevallen de problemen van de OGGz doelgroep met elkaar interacteren en elkaar versterken. Verslavingen doen psychopathologieën ontstaan maar ook omgekeerd. Verslavingen zijn bovendien vaak verweven met huiselijk geweld, met financiële problemen en met justitiële problemen. Zo ontstaan moeilijk te ontwarren kluwen van problemen waarvan de oorzaken en de gevolgen lastig van elkaar te onderscheiden zijn. Met het oog op deze verwevenheid van problemen wordt ook wel gesproken van kluwenproblematiek¹³.

¹¹ G4. *Kwetsbaarheid in de grote stad*. De gemeenten Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Den Haag en de aanbieders GGZ en verslavingszorg, Juli 2005

¹² Voor een overzicht van risicofactoren, omgevingsfactoren, maar ook van beschermende factoren die gebruikt kunnen worden bij preventief lokaal OGGz beleid wordt verwezen naar een studie van Ruiter e.a., p17 e.v. Zie: Ruiter, M., E. Bohlmeijer & J. Blekman. *Derde gids Preventie van psychische stoornissen en verslavingen*. Thema Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. Trimbos-instituut: Utrecht, 2005. Zie ook: Wolf, J., M. Zwikker, S. Nicholas, H. van Bakel, D. Reinking & I. van Leiden. *Op achterstand. Een onderzoek naar mensen in de marge van Den Haag*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2002; Wolf, J. *Een kwestie van uitburgering*. Amsterdam: SWP, 2002

¹³ Noorlander, E. *Psychiatrie en verslaving. Waar zit hem nu eigenlijk de knelpunten?* In: Polstra, L., H. Bosma & M. de Jonge. Dubbel en dwars. AVG: Groningen, 1999

Een drietal recente onderzoeksrapporten geven inzicht in de aard en omvang van de problematiek van sociaal kwetsbare mensen die hulp nodig hebben, maar deze op de één of andere manier niet krijgen. De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO, 2001) schat het aantal 'mensen die op verschillende terreinen ernstige problemen ondervinden, bijvoorbeeld wonen, dagbesteding, contacten, psychische en fysieke gesteldheid en die om redenen samenhangend met de ernst en complexiteit van hun problematiek geen gebruik kunnen, mogen, durven of willen maken van voorzieningen die bedoeld zijn om één of meer van deze problemen te verlichten', op 50.000¹⁴. In het rapport 'Erbij Horen' van de Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg¹⁵ wordt uitgegaan van zo'n 72.000 mensen met een ernstige psychische handicap. Tweederde van deze groep is op enigerlei wijze in begeleiding bij de GGZ, eenderde dus niet. Gaan we uit van de 72.000 mensen die de Taskforce noemt dan komt dat neer op ongeveer 0,45% van de Nederlandse bevolking. In een studie naar 'Verkommerden en verloederden' schatten de onderzoekers van Research voor Beleid dat iets minder dan 110.000 mensen behoren tot de groep verkommerden en verloederden. Hulpverleners die bij het onderzoek betrokken waren geven bij ruim tweederde van de verkommerden en verloederden aan dat de betreffende cliënt niet de hulp ontvangt die hij of zij nodig heeft omdat de persoon in kwestie de hulp weigert, ofwel omdat er geen geschikt hulpaanbod is voor deze mensen¹⁶.

De Gezondheidsraad schat dat er ongeveer 24.000 mensen zijn met ernstige psychiatrische problemen die niet of nauwelijks contact hebben met de zorgverlening. Van hen verkeren naar schatting 8.000 mensen in acute nood. Soms zoeken ze wel hulp, maar vinden ze niet de hulp waar zij behoefte aan hebben. Velen vermijden zelfs actief contact met de hulpverlening. Ze vereenzamen, zijn dak- of thuisloos, en bezorgen anderen soms overlast. De raad constateert dat mensen makkelijk kunnen vastlopen in een sterk gebureaucratiseerd stelsel van sociale voorzieningen¹⁷.

Al met al, gaat het om schattingen van 24.000 tot 110.000 mensen die sociaal kwetsbaar¹⁸ zijn en kans lopen om buiten beeld van de hulpverlening te raken. Op de totale Nederlandse

¹⁴ Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. *Kwetsbaar in het kwadraat: krachtige steun voor kwetsbare mensen*. Den Haag: SDU, 2001

¹⁵ Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg. *Erbij horen*. Amsterdam: 2002

¹⁶ J. Wolf, M. Zwikker, S. Nicholas, H. van Bakel, D. Reining & I. van Leiden. *Verkommerden en verloederden*. Trimbo-instituut. Utrecht, 2002

¹⁷ Gezondheidsraad. *Noodgedwongen*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2004; publicatie nr. 2004/10.

¹⁸ Hierbij moet worden aangetekend dat de schattingen over sociaal kwetsbare mensen die kans lopen om buiten beeld te raken van de hulpverlening, uitgaan van verschillende definities en aanduidingen van de doelgroep: niet-

bevolking is dit misschien geen grote groep maar wel een groep die ernstige overlast kan veroorzaken of, door de kommervolle omstandigheden waarin ze zich bevinden, op andere wijze voor maatschappelijke onrust zorgt. Bransen e.a. typeren de OGGz doelgroep als volgt¹⁹. Het gaat om mensen die:

- 'niet of niet voldoende in staat zijn om in eigen bestaansvoorwaarden te voorzien: dak boven het hoofd, voedsel, inkomen, sociale contacten, zelfverzorging etc.;
- meerdere problemen tegelijk hebben, waaronder tekortschietende zelfverzorging, sociaal isolement, vervuiling van woonruimte en/of woonomgeving, gebrek aan vaste stabiele woonomgeving, schulden, psychische problemen en verslavingsproblemen;
- vanuit de optiek van de hulpverlening niet die hulp krijgen die zij nodig hebben om zich in de samenleving te handhaven;
- geen op de reguliere hulpverlening passende hulpvraag hebben – familie, burens en omstanders vragen meestal om hulp – waardoor sprake is van ongevraagde bemoeienis of hulpverlening.' (p7).

Tot zover de beschrijving van de doelgroep. Voordat we ingaan op de onderzoeksvragen volgt eerst een verdere beschrijving en afbakening van het onderzoeksgebied.

1.2 Afbakening van het onderzoeksgebied

De OGGz bestrijkt niet alleen een breed terrein en is moeilijk scherp af te bakenen, de OGGz verschilt ook sterk per provincie, per regio en per gemeente. Toch zijn er in de jaren negentig van de vorige eeuw een aantal basistaken omschreven die enige mate van gelijkvormigheid in de OGGz zouden moeten genereren. Het gaat hierbij om het opzetten van een samenwerkingsverband, het garanderen van crisisopvang/acute zorg, bemoeizorg, dak- en thuislozenzorg, preventie, sociale kaart, rampenplan, signalering en beleidsadvisering en tot slot consultatie (zie afbeelding bijlage 1). De OGGz is dus geen 'traditionele' organisatie met een gebouw, met vaste medewerkers op een loonlijst, met profielschetsen en leidinggevend, maar een set afspraken over het uitvoeren van basistaken die door afzonderlijke organisaties worden uitgevoerd. Bij deze basistaken zijn een groot aantal partijen betrokken zoals: de woningbouw, politie, maatschappelijk werk, de GGz, verslavingszorg en de Maatschappelijke Opvang (MO). Aansturing van, coördinatie van en

opgenomen acute psychiatrische patiënten (GR), psychisch gehandicapten (TF), sociaal kwetsbaar (RMO), verkommerden en verloederden (RvB).

¹⁹ Bransen, E., L. Hulsbosch & J. Wolf. *Samenwerkingsprojecten Openbare Geestelijke Gezondheidszorg voor sociaal kwetsbare mensen*. Trimbos-Instituut: Utrecht, 2002

regievoering over deze basistaken en deze partijen is een complex proces. De gemeente, die de regie voert over de OGGz, heeft echter weinig sturingsinstrumenten om samenwerking in de OGGz af te dwingen²⁰. Omdat afzonderlijke instellingen niet de omvattende zorg kunnen leveren die mensen met meervoudige problemen nodig hebben, is samenwerking in de OGGz cruciaal. Dit samenwerken vindt plaats in beleidsgerichte netwerken tussen leidinggevend en bestuurders van de betrokken maatschappelijke instellingen, en tussen de professionals van deze instellingen in zogenaamde lokale zorgnetwerken. In deze dissertatie wordt onderzocht welke competenties professionals nodig hebben om de zorg voor de OGGz doelgroep in een dergelijk lokaal zorgnetwerk gestalte te geven en welke condities dat mogelijk maken.

Aandacht voor competentieontwikkeling in de OGGz is nodig gebleken. Hulpverleners, maar ook dienstverleners als politieagenten en woonconsulenten, zijn opgeleid voor een beroep en werken binnen instellingen met een welomschreven missie, terwijl de praktijk van de OGGz vraagt om een integrale benadering²¹. Bovendien bereiden de beroepsopleidingen in het hoger onderwijs professionals niet specifiek voor op het werken in de OGGz. Eind jaren negentig bleek er steeds meer behoefte aan een beschrijving van methodieken en competenties voor het werken in de OGGz. Tegelijkertijd kwam er een omvangrijke vraag naar scholing op gang voor professionals in de OGGz. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) constateert dat niet alle netwerkpartners qua deskundigheid geëquipeerd zijn om ten behoeve van zorgwekkende zorgmijders te werken, terwijl juist hun complexe problematiek bijzondere deskundigheid vraagt²².

In de internationale vakliteratuur wordt het maatschappelijk probleem van een doelgroep met meervoudige problemen die behoefte heeft aan integrale hulp maar daarvan verstoken blijft, vanuit verschillende invalshoeken onderkent en beschreven²³. Studies die specifiek ingaan op de interactie tussen zorgverlamming en zorgvermijding ontbreken echter. Het

²⁰ Schout, G. *Een monitor voor de OGGz, een hulpmiddel voor de gemeente*. In: Lohuis, G. & L. Polstra. *De vele gezichten van een gedeelde werkelijkheid*. Utrecht: SWP, 2003

²¹ Schout, G., G. Lohuis & R. Schilperoort. *Onderwijs in nabijheid. Onderwijs & Gezondheidszorg*. Nr. 5, p9 – 13, september 2002

²² Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). *Deelrapport 'Van overlastbestrijding naar bemoeizorg: een onderzoek naar de kwaliteit van de ketenzorg voor zorgwekkende zorgmijders'*. IGZ, 2003

²³ Zie voor een overzicht van de stand van zaken waar deze studie op voortbouwt p74 en verder. Voor een algemeen beeld van de stand van zaken zie: Bernstein, R & D.M. Fox. *Effective Public Management of Mental Health Care: Views from States on Medicaid Reforms That Enhance Service Integration and Accountability*, Bazelon Center for Mental Health Law, 2000. Zie ook: Sowers, W. *Transforming Systems of Care: The American Association of Community Psychiatrists Guidelines for Recovery Oriented Services in Community Mental Health Systems. Community Mental Health Journal, Vol.41, Nr. 6, p757 – 774, 2005*

ontbreekt bovendien aan empirisch gefundeerd onderzoek naar condities en competenties die het mogelijk maken om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen. Het is deze constatering en de behoefte aan methodische aanwijzingen en nascholing in de praktijk, die aanleiding zijn geweest om een theorievormend onderzoek te starten naar dit onderwerp. Het doel van deze studie kan samengevat worden in vier punten: (1) het vinden van verklaringen voor de verschijnselen zorgvermijding en zorgverlamming; (2) het verwerven van inzicht in de interactie tussen deze twee verschijnselen en (3) het verwerven van inzicht in de condities waaronder deze verschijnselen naar voren komen en de condities waarin ze naar de achtergrond verdwijnen.

In deze dissertatie wordt de stelling verdedigd dat zorgvermijding en zorgverlamming met elkaar samenhangen en elkaar versterken. Soms weten hulpverleners echter situaties te creëren waarin zorgvermijding en zorgverlamming worden teruggedrongen, situaties waarin vertrouwen en initiatief - het tegendeel van zorgvermijding en zorgverlamming - kunnen verschijnen²⁴. Over welke competenties deze hulpverleners beschikken en onder welke condities zij dit realiseren is onderwerp van deze dissertatie.

1.3 Onderzoeksvragen

In deze dissertatie staan vier onderzoeksvragen centraal:

- Hoe kunnen de verschijnselen zorgvermijding en zorgverlamming verklaard worden?
- Welke competenties²⁵ stellen professionals in de OGGz in staat om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen?
- Welke structuren zijn nodig om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen en welke condities²⁶ kunnen we daarbinnen onderscheiden?
- Wat is de vorm en inhoud van een leertraject dat professionals in staat stelt om zich deze competenties eigen te maken?

²⁴ De tegenhanger van zorgvermijding duiden we in dit boek aan als vertrouwen. Vertrouwen verwijst in dit boek wordt naar het vertrouwen van burgers in voorzieningen, van cliënten in professionals, van professionals in collega-professionals, van professionals in leidinggevend en bestuurders. De tegenhanger van zorgverlamming duiden we aan als initiatief. Initiatief verwijst naar de mate waarin burgers, omstanders, familieleden, burens, professionals, leidinggevend en bestuurders zich vrij voelen om (voorwaarden te scheppen om) zorg te bieden.

²⁵ Competentie omvat ook kennis en vaardigheden. Zie de bespreking in hoofdstuk 4.2.

²⁶ Met condities worden organisatorische randvoorwaarden en omstandigheden bedoeld die bijdragen aan de productie en reductie van zorgvermijding en zorgverlamming.

1.4 Beschrijving van het onderzoeksproject

Het doel van dit onderzoeksproject wordt gerealiseerd door een theoretisch geïnformeerde bestudering van een zogenaamde 'good practice' in de stad Groningen. In deze dissertatie wordt gereflecteerd op zeven jaar onderzoek en ontwikkelingsprojecten in deze praktijk. Het gaat hierbij om een secundaire analyse van verschillende studies die tussen 1998 en 2005 samen met anderen zijn ondernomen.

1. Het project is begonnen in 1998/99 met een exemplarisch praktijkonderzoek naar methodieken van het Vangnet en Adviesproject bij de GGD in de stad Groningen. Daarbij is niet alleen gekeken naar de professionals die deelnamen aan dit project, maar ook naar de aard en de samenwerking met andere instellingen en andere professionals. Het onderzoek bestond uit vier onderdelen: (1) een veldonderzoek waarin de aangetroffen werkwijze is beschreven en (2) een onderzoek met behulp van focusgroepen waarmee verbeteringen in deze werkwijze zijn aangebracht. (3) Het systematisch opgraven van kennis met behulp van 'stimulated recall'. Tot slot is er (4) een aanvullend onderzoek gedaan naar persoonlijke eigenschappen die hulpverleners in staat stellen om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen. De uitkomsten van dit onderzoek zijn vervolgens gebruikt voor het schrijven van een leerboek dat professionals van verschillende maatschappelijke instellingen voorbereidt op het werken in de OGGZ²⁷. De methodologie van het onderzoek wordt apart toegelicht en verantwoord in hoofdstuk vijf.
2. Tussen 2003 en 2004 is er een leertraject ontwikkeld voor hulpverleners in de OGGZ. Met steun van de Stichting Gerard van Kleef te Rotterdam is dit leertraject door Schepers²⁸ in vier verschillende plaatsen in Friesland, Groningen en Zuid-Holland onderworpen aan een programma-evaluatie. De uitkomsten hiervan worden nader beschouwd in hoofdstuk zes.

Er zijn nog verschillende andere onderzoeksactiviteiten ondernomen die empirisch en theoretisch materiaal hebben opgeleverd voor deze dissertatie:

In 2003 is met steun van het Stimuleringsfonds OGZ te Den Haag begonnen met een trainingsprogramma voor dertien trainers die in elke provincie van Nederland nieuwe

²⁷ Lohuis, G., R. Schilperoort & G. Schout. *Van bemoei- naar groeizorg: methodieken voor de OGGZ*. Wolters-Noordhoff: Groningen, 2000, 2003. Zie ook: Schout, G. Verplegen in een vermaatschappelijke GGZ. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, nr.9 p288 t/m 292, 1999

²⁸ Schepers, S. *Leertraject OGGZ onder de loep*. Rijksuniversiteit Groningen, 2004

hulpverleners gaan opleiden voor de OGGz. Deze dertien trainers maken daarbij gebruik van het leertraject dat eerder met steun van de Stichting Gerard van Kleef is ontwikkeld en geëvalueerd. Ook dit trainingsprogramma is onderworpen aan een programma-evaluatie²⁹.

In 2001 en 2003 zijn er verschillende praktijkconfrontaties georganiseerd voor docenten uit het Hoger Beroepsonderwijs (HBO) met cliënten uit de OGGz. Doel hiervan was om docenten uit het HBO, die studenten opleiden voor beroepsgroepen in de OGGz, te betrekken bij de ontwikkelingen in dit werkveld³⁰.

In de periode 2002/2006 is er onderzoek gedaan naar de aard, omvang en kwaliteit van de OGGz in een veertigtal gemeenten in het Noorden van Nederland. Hierbij is gebruik gemaakt van een monitor die aard, omvang en kwaliteit van de OGGz zichtbaar maakt.

In dit boek wordt gereflecteerd op deze theorie – praktijk interacties. De empirische claims in dit boek zijn bescheiden. Het gaat om een theorievormend onderzoek waarbij de empirische bevindingen gecontrasteerd worden aan de uitkomsten van literatuuronderzoek. In de tekst van deze dissertatie onmiskenbaar de invloed terug te vinden van de Engelse socioloog Giddens. We gaan nu eerst kort in op de relatie tussen een praktijktheorie³¹ die geleidelijk ontstaan is uit de interactie tussen praktijk en theorie en de secundaire analyses van het onderzoeksmateriaal zoals die achteraf gemaakt zijn met behulp Giddens' structuratietheorie.

1.5 Theoretisch perspectief: structuratie

In de komende hoofdstukken zal duidelijk worden dat de OGGz een uiterst beweeglijke praktijk is die bovendien per regio sterk verschilt. Voor dit onderzoeksproject is gezocht naar een theoretisch kader en een onderzoeksmethodologie waarin deze dynamiek 'gevat' kan worden. Giddens' structuratietheorie is bij uitstek een theorie die verandering, wisselwerking en interactie inzichtelijk kan maken.

Giddens' structuratietheorie is een formele theorie die menselijk handelen op abstract - theoretische wijze beschrijft. Het centrale en ogenschijnlijk simpele idee in zijn theorie is dat

²⁹ Benthem. P. *Train de trainer in de OGGz*. Rijksuniversiteit Groningen, 2004

³⁰ Schout, G., G. Lohuis & R. Schilperoort. Onderwijs in nabijheid. *Onderwijs & Gezondheidszorg*. Nr. 5, p10 – 13, september 2002

³¹ Met praktijktheorie wordt bedoeld een theorie op het zogenaamde B niveau (B= bijzonder). Dit niveau houdt het midden tussen algemene theorievorming (algemeen, A niveau) en de analyse van concrete gevallen (concreet, C niveau). De reikwijdte betreft mensen in bijzondere, historisch veranderlijke probleemsituaties, in dit geval professionals in de OGGz. Zie: Strien, van P.J. *Praktijk als wetenschap*. Van Gorcum: Assen, 1987, pagina 55 e.v.

menselijk handelen en structuren elkaar veronderstellen: structuren beperken menselijk handelen maar zijn tegelijkertijd ook bronnen (van macht, zingeving en kennis) van dit handelen. Structuren scheppen dus voorwaarden voor handelen, maar zijn ook de gevolgen ervan. Giddens noemt dit 'dualiteit van structuren'. Dit betekent dat handelen van actoren tot instandhouding én verandering van structuren leidt. Zo is het ook met structuur en actie: structuur is opgebouwd uit acties en omgekeerd, structuur maakt actie mogelijk maar begrenst het ook³². Giddens' structuratietheorie overbrugt hiermee het onderscheid tussen 'actie' (het individuele, het concrete, het dagelijkse, het aanwezige) en 'structuur' (de maatschappij, het blijvende, het onzichtbare) door dit voor te stellen als wederzijds constituerend.

Het dagelijks doen en laten van actoren versterkt en reproduceert een set van verwachtingen. Deze verwachtingen, en de verwachtingen van andere actoren, begrenzen en versterken acties en vormen zo sociale structuren. De reikwijdte van menselijk ingrijpen is echter begrensd. Mensen constitueren (=vormen) de maatschappij, maar dat doen ze vanuit historisch bepaalde niet zelfgekozen omstandigheden. De definities van drie begrippen werpen licht op zijn gedachtegoed:

Structuren: Regels en bronnen die georganiseerd zijn als eigenschappen van sociale systemen. Structuur bestaat slechts als 'structurele eigenschappen'

Systeem: Gereproduceerde relaties tussen actoren of collectiviteiten, die georganiseerd zijn als reguliere sociale praktijken.

Structuratie: Condities die de continuïteit of transformatie regelen van structuren, en daardoor de reproductie van systemen³³.

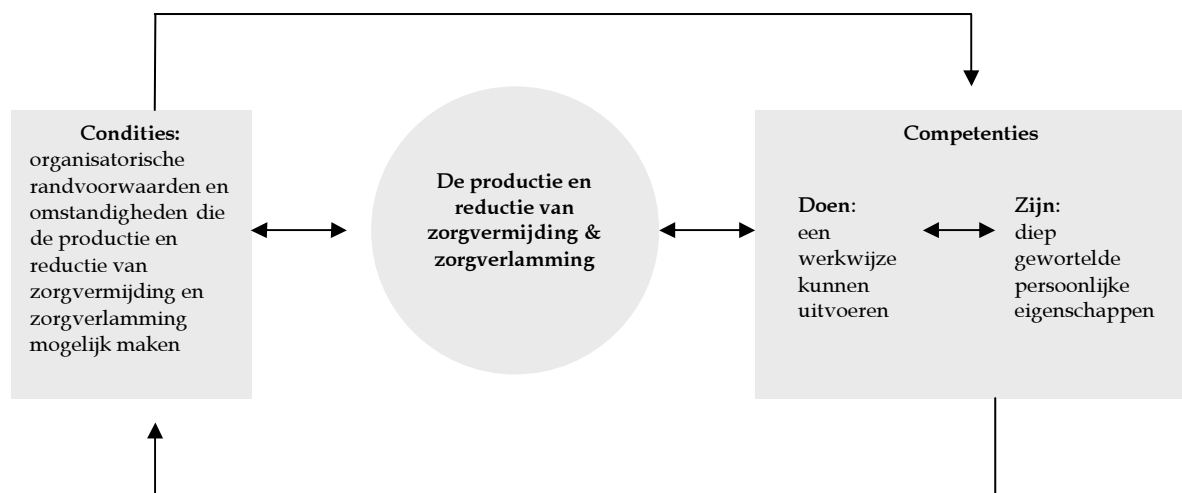
Giddens' inzichten zijn niet alleen geschikt om systeemreproductie te bestuderen op macro- en mesoniveau, maar ook op microniveau. Zo ziet Giddens identiteit als een reflexief project waaraan personen continue werken. Mensen creëren, onderhouden en reviseren volgens Giddens een set van biografische narratieven. Identiteit is vanuit dit gezichtspunt het reflexief begrijpen van de eigen biografie. Mensen zijn constant bezig om gebeurtenissen in de buitenwereld te integreren in 'the ongoing story about the self'³⁴. Deze voortdurende veranderende identiteit wordt zichtbaar in het handelen. Omgekeerd beïnvloeden de acties

³² Giddens, A. *Central Problems in Social Theory: Action, Structure, and Contradiction in Social Analysis*. University of California Press 1979; Zie ook: Giddens, A. *The constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration*. Polity Press: Oxford, 1984

³³ Giddens, A. *New Rules of Sociological Method: A Positive Critique of Interpretative Sociologies* (2nd edition), Stanford University Press, 1993

³⁴ Giddens, A. *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford, CA: Stanford University Press, 1991; Zie ook: Giddens, A. *The Consequences of Modernity*. Polity Press / Basil Blackwell, Oxford, 1990

(het doen) de identiteit (het zijn). Doordat mensen hun omgeving transformeren, transformeren zij zichzelf³⁵. Deze handelende actoren produceren, reproduceren en transformeren hiermee structuren, systemen en instituties. Giddens' theorie maakt dus niet alleen reproductie van systemen en instituties zichtbaar maar ook de verbinding tussen individuen en sociale systemen. In deze dissertatie wordt gekeken naar de wisselwerking tussen het handelen en de identiteit van de professional, maar ook naar de wisselwerking tussen professionals en de condities in de OGGz (zie afbeelding 1.1).



Afbeelding1.1: het onderwerp van deze dissertatie

Giddens' structuratietheorie is een algemene en omvattende theorie (niveau A in de indeling van Van Strien, zie voetnoot 32). Van Strien wijst er op dat door het leggen van verbindingen tussen theorieën op B- en C niveau en theorieën op het niveau A, de theorievorming grotere hechtheid kan verkrijgen (p62). Giddens' structuratietheorie biedt geen aanknopingspunten om specifieke verschijnselen als zorgvermijding en zorgverlamming te begrijpen, vandaar dat ook andere theorieën gebruikt worden. Giddens' structuratietheorie biedt aanknopingspunten om zowel de competenties van actoren te bestuderen als ook de condities waaronder zij deze competenties actualiseren. Hoe de OGGz als systeem de acties van actoren begrenst en tegelijkertijd mogelijk maakt, kan met deze theorie zichtbaar gemaakt worden. Deze zienswijze wordt in deze dissertatie gebruikt om de condities en de competenties die bijdragen aan de (re)productie van zorgvermijding en zorgverlamming te

³⁵ Giddens, A. Runaway World: How Globalization Is Reshaping Our Lives. Routledge, 2000

kunnen doorgronden, maar ook het omgekeerde: de (re)productie van vertrouwen en initiatief.

1.6 Opbouw van het boek

Deze dissertatie is naast de inleiding opgebouwd uit zeven hoofdstukken. In *hoofdstuk twee* wordt aan de hand van de sociologische begrippen anomie en vervreemding uiteengezet hoe de verschijnselen zorgvermijding en zorgverlamming verklaard kunnen worden. Met behulp van het begrip anomie wordt geprobeerd de gebrekkige culturele en normatieve integratie van cliënten in de samenleving inzichtelijk te maken. In dit hoofdstuk wordt de stelling verdedigd dat begrip van deze anomische processen professionals helpt bij het doorzien van zorgvermijding, met name waar het gaat om het contact maken met de doelgroep in de OGGz. Met behulp van het begrip vervreemding wordt geprobeerd om de ongevoeligheid van instellingen en professionals te begrijpen die een rol speelt bij zorgverlamming. Zorgverlamming wordt verder uitgediept aan de hand van het begrip (dubbele) differentiatie.

In *hoofdstuk drie* worden condities beschreven waarvan aannemelijk gemaakt wordt dat ze een rol spelen in het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming.

Hoofdstuk vier is een theoretisch hoofdstuk waarin uiteengezet wordt wat competenties zijn. Aan de hand van de Ijsbergstructuur van Van Bergenhenegouwen e.a. worden de verschillende aspecten en onderdelen van competenties beschreven. Leidraad voor dit hoofdstuk is de vraag hoe competenties van professionals zichtbaar gemaakt kunnen worden. Daarbij wordt ingegaan op het belang van zogenaamde ‘stilzwijgende kennis’ en de tweede natuur.

In *hoofdstuk vijf* wordt aan de hand van een exemplarisch praktijkonderzoek uiteengezet welke competenties het mogelijk maken dat hulpverleners in de OGGz zorgvermijding en zorgverlamming kunnen terugdringen. Daarbij wordt verslag gedaan van een onderzoek naar competenties van professionals bij het Vangnet en Adviesproject bij de GGD in Groningen.

In *hoofdstuk zes* wordt verslag gedaan van een evaluatieonderzoek naar een leertraject dat gebaseerd is op de beschrijving van competenties uit het praktijkonderzoek. Er wordt vooral ingezoomd op drie kritiekpunten die in het evaluatieonderzoek naar voren kwamen.

De dissertatie wordt in *hoofdstuk 7* afgesloten met conclusies en aanbevelingen. Er wordt een praktijktheorie beschreven die laat zien hoe de productie en reductie vertrouwen en initiatief, het tegendeel van zorgvermijding en zorgverlamming, vorm kan krijgen.

2.1 Inleiding

De OGGz wordt ook wel ‘het afvoerputje van de samenleving’ genoemd. Hoe het komt dat mensen in de marge van de samenleving terechtkomen en behoefte hebben aan een vangnet, is door een groot aantal wetenschappers onderzocht en beschreven. Een goede samenvatting daarvan is te vinden bij Wolf (p9-13). Zij geeft vijf verklaringen voor het achterop raken van mensen: een economische, een ecologische, een institutionele, een culturele en een moderniteitsverklaring. We gaan hier slechts kort en in algemene zin in op de achtergronden van marginalisering, voor uitgebreide antwoorden op deze vraag verwijs ik naar Wolf en naar Schuyt & Voorham³⁷. Dit hoofdstuk is toegespitst op de vraag *hoe kunnen de verschijnselen zorgvermijding en zorgverlamming begrepen worden?* Er is naast het eerder aangehaalde artikel van Veldhuizen weinig andere literatuur te vinden dat ingaat op de wisselwerking tussen zorgvermijding en zorgverlamming. Toch is begrip van deze wisselwerking nodig om de afkering van hulp en de gebrekkige daadkracht van hulpverleners en voorzieningen te kunnen begrijpen. In dit theoretische hoofdstuk wordt gezocht naar verklaringen voor de afkering van hulp en voor de antisociale gedragingen die daar mee gepaard gaan. Ook willen we diepgaander dan in de inleiding is gedaan, analyseren op welke manier zorgvermijding en zorgverlamming met elkaar samenhangen en hoe ze elkaar versterken. Deze verschijnselen worden echter eerst zoveel mogelijk apart geanalyseerd, de wisselwerking ertussen komt aan bod in de conclusie.

Er worden in dit hoofdstuk hoofdzakelijk sociologische theorieën (over anomie, vervreemding en differentiatie) gebruikt om zorgvermijding en zorgverlamming en de wisselwerking daartussen begrijpelijk te maken. Daarnaast wordt echter ook gebruik gemaakt van filosofische theorie (over modernisering en overbodigheid), economische theorie (over resultaatfinanciering, sociale zekerheid en marktwerking) en psychologische theorie (over vertrouwen). Zorgvermijding en zorgverlamming hangen samen met uiteenlopende sociaal- psychologische, organisatorische en economische factoren. Een brede analyse op zowel micro, meso als macroniveau is nodig om de wisselwerking tussen deze factoren en deze niveaus te kunnen achterhalen. De keuze voor juist deze theorieën is niet

³⁶ Een verkorte versie van dit hoofdstuk verscheen eerder in: Lohuis, G, L. Polstra & G. Schout. Creativiteit in knellende omstandigheden. p17 - 28. SWP: Amsterdam, 2004. Schout, G. *Zorgvermijding en zorgverlamming. Een analyse met behulp van de begrippen anomie en vervreemding*.

³⁷ Zie Wolf: 2002, p9 - 21. Zie ook Schuyt, C.J.M. & C.A. Voorham, *Sociale uitsluiting*. SWP, 2000, p13 - 23.

zomaar tot stand gekomen. Vanaf het begin is er in twee richtingen gezocht naar theorieën die verklaringen bieden voor zorgvermijding en zorgverlamming. Theorieën die verklaringen bieden voor (het gebrek aan) vertrouwen; en theorieën die verklaringen bieden voor (gebrek aan) initiatief, creativiteit en cognitieve flexibiliteit. De keuze voor deze theorieën heeft zich bewezen door de verklarende kracht van de ontwikkelde theorie die we in paragraaf 2.6 zullen laten zien.

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd: Allereerst wordt aan de hand van het begrip ‘trage vragen’ van Kunneman een algemeen beeld geschetst van de achtergronden van sociale uitsluiting. Vervolgens gaan we in op de achtergronden van zorgvermijding en zorgverlamming. Hierbij wordt gebruik gemaakt van twee sociologische begrippen: anomie en vervreemding. Verder worden processen beschreven die er toe leiden dat sociaal kwetsbare mensen zich afwenden van de gangbare codes in de samenleving en zich onttrekken aan hulp (zorgvermijding). Daarna worden processen beschreven die er toe leiden dat hulpverleners ongevoelig worden voor de noden van deze sociaal kwetsbare mensen (zorgverlamming). Tot slot wordt inzichtelijk gemaakt hoe zorgvermijding en zorgverlamming op elkaar in werken en elkaar versterken.

2.2 Trage vragen

Giddens’ structuratietheorie, die we in de inleiding kort introduceerde, is een formele theorie die het menselijk handelen op abstract - theoretische wijze beschrijft. Voor een goed begrip van processen als marginalisering, zorgverlamming en zorgvermijding biedt Giddens’ structuratietheorie maar beperkt aanknopingspunten. We gaan daarvoor te rade bij het werk van anderen, we besteden met name aandacht aan de notie die door Kunneman in de Socrateslezing 1999 wordt aangeduid met ‘trage vragen’³⁸. Deze notie plaatst het maatschappelijk probleem van deze dissertatie en de reikwijdte van de praktijktheorie die hierin ontvouwd wordt in een kader.

Kunneman beschrijft de opkomst van een cultuur waarin hard werken, concurreren, ondernemen, individueel succes en een proces van permanente, zichzelf continuerende

³⁸ Kunneman, H. *Levenskunst en burgerschap in een technopolis*. Socrateslezing 1999. En zie: Kunneman, H. *Rede in verband met de opening van het academisch jaar*. Universiteit voor Humanistiek, 2002. Zie ook: Kunneman H. *Voorbij het Dikke-ik*. Amsterdam, SWP, 2005, p16-18. En zie de bespreking van dit gedachtegoed van Kunneman in: Kal, D. *Kwartiermaken*, Boom: Amsterdam, 2001, p159-161

technologische innovatie centraal staan. De kennis- en informatiemaatschappij waarin deze cultuur opkomt, duidt Kunneman aan als de technomaatschappij. De technomaatschappij brengt ons snelheid en vooruitgang. Maar aan deze technomaatschappij kleven bezwaren en nadelen. Processen als milieuvervuiling, wereldwijde migratie, de achterstelling van de derde wereld, het ontstaan van onderklassen en sociale uitsluiting, vormen de keerzijde van de medaille. De dynamiek van de technomaatschappij roept problemen op die niet oplosbaar zijn door nieuwe technologische versnelling. De permanente innovatie die kenmerkend is voor de technomaatschappij is mede afhankelijk van een permanente dynamiek op sociaal, cultureel en persoonlijk niveau. Dat vraagt van individuen onder meer het vermogen om zich in veel verschillende netwerken tegelijk te bewegen, steeds weer nieuwe relaties aan te gaan en zich voortdurend nieuwe kennis en nieuwe perspectieven eigen te maken, zonder dat daarvoor vastliggende codes of maatgevende voorbeelden voorhanden zijn. Velen kunnen dit niet en krijgen te maken met uitsluiting. Een citaat uit de Socrateslezing van Kunneman weerspiegelt dit gedachtegoed:

‘Hoewel de technomaatschappij nog steeds gekenmerkt wordt door aanzienlijke sociale ongelijkheid en door een onrechtvaardige verdeling van rijkdom, heeft zich daar bovenop een hele nieuwe problematiek ontwikkeld, namelijk de uitsluiting van grote aantallen personen en van groepen die irrelevant zijn voor de versnelling, die geen enkele rol spelen in de stromen van kennis en informatie en daarom afglijden naar de periferie van de netwerken. Daar komen ze niet om van de honger, maar zijn ze wel nutteloos, overbodig, irrelevant, omdat ze niet in staat zijn te functioneren als knooppunt van veelvoudige relaties, als kruispunt van kennis- en informatiestromen en als aanjager van de bijbehorende consumptieve dynamiek. Het gaat hier om een bonte verzameling van personen en groepen, variërend van dak- en thuislozen tot demente bejaarden en van laaggeschoolde Marokkaanse jongeren tot ex-psychiatrische patiënten, die in al hun verscheidenheid één kenmerk delen: ze hebben weinig of niets te bieden dat als grondstof kan dienen voor de voortgaande versnelling van de technomaatschappij en belanden daarom in de marges van de netwerken en aan de randen van de stromen die deze versnelling mogelijk maken (p8)’.

Al met al zijn trage vragen die vragen die duiden op de keerzijde van de technomaatschappij. Het zijn vragen die zich traag en onontkoombaar aandienen en die zich niet ‘snel’ laten oplossen. De notie van ‘trage vragen’ verschaft niet alleen inzicht in de versnelling die de samenleving kenmerkt en de afvallers van die versnelling waarmee de OGGz te maken krijgt, maar verschaft ook inzicht in het type antwoord dat mogelijk is. In deze dissertatie wordt een leertraject voor professionals in de OGGz beschreven en geëvalueerd. Dat gebeurt in de wetenschap dat deze sociale interventie slechts een bescheiden bijdrage levert aan het verzachten van het maatschappelijk probleem: dat

hulpverleners gevoelig worden voor de noden van mensen, dat professionals leren doorzien welke processen er achter zorgvermijding schuilgaan, dat professionals samen leren werken ondanks ambivalenties die dat met zich meebrengt. Over de omgang met trage vragen doet Kunneman de volgende uitspraak:

‘Trage vragen laten zich niet goed versnellen, ook al is een groot deel van de inspanningen in de hedendaagse gezondheidszorg, het onderwijs en de organisatie daarop gericht. Vanuit de logica van de versnelling gezien zijn uiteindelijk slechts twee vormen van omgang met trage vragen mogelijk. Een trage vraag wordt bij voorkeur getransformeerd in een snelle vraag, een vraag die met behulp van versnellende technieken en dus met toenemende efficiency opgelost kan worden.(p11)’

Het trage antwoord in deze dissertatie heeft naast de vorm van een leertraject, de vorm van een alertheid, een vorm van betrokkenheid en zorgzaamheid die hulpverleners in de OGGz weten op te brengen in een afgebakend gebied. We zullen zien dat de gemeenten in Nederland maatschappelijke instellingen slechts kunnen verleiden om verantwoordelijkheid te nemen voor de sociaal kwetsbare mensen in hun gebied. Ook zullen we zien dat in lokale zorgnetwerken niet één centrale partij zijn wil dwingend aan anderen kan opleggen en dat ondanks deze beperkingen er vooruitgang geboekt kan worden. Dit type ‘omgang met trage vragen’ heeft niet het karakter van een recept of een toolbox, maar houdt rekening met de keerzijde van de versnelling en kent daarmee een eigen traagheid. Er is nog één andere reden dat ‘snelle recepten’ in dit boek ontbreken. Deze reden hangt samen met de onvermijdelijkheid van uitsluiting en overbodigheid. De Engelse socioloog Bauman wijst er op dat iedere sociale orde uitsluiting creëert. Iedere kasteelmuur, stadsgrens, landsgrens, diploma, regeling, beroepsprofiel, beginvereiste, of wat dies meer zij, sluit mensen in, maar ook uit. Alleen chaos sluit allen in. Bauman laat zien dat modernisering gepaard gaat met een omvangrijke productie van afval, ook ‘menselijk afval’³⁹. Uitsluiting is met andere woorden onlosmakelijk verbonden met orde en in zekere zin⁴⁰ van alle tijden. Indachtig deze kanttekening worden in deze dissertatie begrippen als ‘oplossingsrichting’ of ‘toolbox’ vermeden. Terug naar Kunneman.

³⁹ Zie hoofdstuk 1 ‘In the beginning was desing’ p9 – 33 in: Bauman, Z. *Wasted lives. Modernity and its outcasts*. Polity Press: Cambridge, 2004

⁴⁰ Bauman wijst er op dat de moderniteit met zich meebrengt dat sociale uitsluiting harder naar voren komt omdat de luwte van een kaste of sociale klasse die zich schikt in een door de traditie bepaald lot en die bovendien een zelfde lot delen, ontbreekt.

Kunneman ziet, al met al, een verband tussen het hoge levenstempo en het achterop raken van mensen. Voor de constante versnelling van de kennis- en informatiemaatschappij zijn de mensen die achterop geraakt zijn, volgens Kunneman, overbodig. De OGGz doelgroep die we in paragraaf 1.1 beschreven heeft meer dan andere groepen te maken met de geschetste overbodigheid. Voor een goed begrip van het verschijnsel zorgvermijding en de anomische processen die daarmee samenhangen, is deze algemene notie over het achterop raken van mensen echter van belang.

2.3 Anomie en vervreemding

Het proces van marginalisering naar extreme marginalisering, van uitsluiting naar normverval, heeft raakvlakken met twee begrippen die in de sociologie worden aangeduid als anomie en vervreemding. Deze begrippen worden vaak door elkaar gebruikt en soms als synoniem aangeduid. Dat zijn ze echter niet. Durkheim – de geestelijk vader van het begrip anomie – duidt met het begrip de teloorgang aan van samenbindende normen en instituties en het ontbreken van ordescheppende mechanismen. Het begrip anomie heeft een macro dimensie (functieverlies van primaire groepen, verlies van groepscohesie, individualisering) en een micro dimensie (gevoelens van zinloosheid, sociale isolatie)⁴¹. We concentreren ons eerst even op de micro dimensie. Bij anomie overheerst enerzijds het individuele gevoel niet (meer) tot de maatschappij te behoren en anderzijds het in gebreke blijven van identificatiemogelijkheden van het individu met anderen. Srole⁴² onderscheidt vijf componenten in het concept anomie: (1) het gevoel dat politieke leiders onbereikbaar zijn en onverschillig staan tegenover zijn behoeften; (2) het gevoel dat de sociale orde in essentie willekeurig en onvoorspelbaar is; (3) de ervaring van sociaal-economische achteruitgang, dat de bereikte welstand achteruit gaat; (4) een verlies van geïnternaliseerde waarden en normen en een gevoel van zinloosheid van het leven; (5) en het gevoel niet meer ondersteund te worden door sociale netwerken (p712 en 713). Het zijn mensen die makkelijk de volgende zin in de mond nemen: ‘... of je nou door de hond of door de kat gebeten wordt, het maakt toch niet uit.’ Of extremer: onaangenaam ruikend of onverzorgd de straat op gaan, schreeuwen in het openbaar, openlijke vijandigheid tegenover personen, fraude met

⁴¹ Zie de introductie van Agnew, R & N. Passas p1-26, in: Passas, N. & R. Agnew. *The Future of Anomy Theory*. North Eastern University Press: Boston, 1997

⁴² Vanuit deze vijf aspecten ontwikkelde Srole een vragenlijst voor het meten van sociale integratie. Zie: Srole, L. Social Integration and Certain Corollaries: An Explanatory Study. *American Sociological Review*, Vol. 21 p 709—716, 1956.

uitkeringen, tasjesroverij. Zij herkennen zich dan niet meer in de samenleving en de codes die daarin gangbaar zijn. In een rapport van het Sociaal Cultureel Planbureau over sociale uitsluiting wordt dit gedrag aangeduid als ‘onvoldoende culturele/normatieve integratie’. Waarmee wordt bedoeld dat mensen centrale normen en waarden behorend bij een actief sociaal burgerschap, onvoldoende naleven. Maar ook een gering arbeidsethos, een geringe opleidingsbereidheid, niet stemmen, misbruik van sociale zekerheid, delinquent gedrag; afwijkende pedagogische opvattingen, en afwijkende opvattingen koesteren over rechten en plichten van vrouwen en mannen behoren tot dit gedragsrepertoire⁴³.

De tegenhanger van anomie is het ‘gevoel van integratie’: een positieve beleving van participatie in de verschillende maatschappelijke velden, het gevoel greep te hebben op het eigen leven en het ervaren van verbondenheid. Geïntegreerde mensen voelen zich veilig, hebben een positief toekomstbeeld, koesteren geen gevoelens van politieke machteloosheid, hebben een lage mate van utilitair individualisme, een interne locus of control en een algemeen vertrouwen⁴⁴.

Vervreemding ontstaat volgens Zijderveld⁴⁵ als er een te groot en overweldigend institutioneel kader is. Individuele integriteit en individuele talenten kunnen dan niet tot ontplooiing komen. Vervreemding komt voor bij abstracte, logge, over-bureaucratische, gerationaliseerde en geformaliseerde instituties. In de wereld van wonen, welzijn, veiligheid en (geestelijke gezondheids)zorg, komen schaalvergroting en verzakelijking veel voor. Als de hoeveelheid voorschriften en protocollen toeneemt en de discretionaire ruimte⁴⁶ afneemt, kunnen professionals vervreemd raken van zichzelf en vervreemd van hun creativiteit, en vervallen in wat Schuyt ‘bureaucratische onverschilligheid’⁴⁷ noemt. Tekenende wijzen op vervreemding bij medewerkers zijn onverschilligheid, procedureel gedrag, cynisme en afwentelingsgedrag.

⁴³ G. Jehoel-Gijsbers, *Sociale uitsluiting in Nederland*, SCP-publicatie 17, SCP: Den Haag, 2004

⁴⁴ Vgl. Jacobs, D., Abts, K. Phale & M. Swyngedouw. *Verklaringen voor etnocentrisme. De rol van sociaal kapitaal, sociaal economische onzekerheid, sociale integratie en gevoelens van discriminatie*. IPSoM-bulletin (3), 2001

⁴⁵ Zie p199 e.v. in: Zijderveld, A . C. *The Institutional Imperative, the Interface of Institutions and Networks*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2000

⁴⁶ Met discretionaire ruimte wordt de beslissingsvrijheid en de handelingsvrijheid bedoeld waarbinnen professionals kunnen werken. Als er voldoende discretionaire ruimte is krijgt moreel handelen een kans. Zie voor een uitgebreide beschrijving van dit begrip: Schuyt, Th.N.M. & Steketee. *Zorgethiek: ruimte binnen regels*. SWP: Amsterdam, 1998. Zie ook het WRR rapport. *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam University Press, Amsterdam 2004

⁴⁷ Schuyt, C.J.M. *De productie en de reductie van bureaucratische onverschilligheid*. Lezing Juristen Fonds Personae Miserales, 1994

Alhoewel vervreemding ook vat kan krijgen op cliënten en anomie mogelijk ook op hulpverleners, ligt het voor de hand om de relatie tussen enerzijds anomie en zorgvermijding en anderzijds vervreemding en zorgverlamming, verder te onderzoeken. In ieder geval is het opmerkelijk is dat cliënten in een proces verzeild kunnen raken dat in zeker opzicht gelijkenis vertoont met het proces waarin hulpverleners kunnen geraken. Van belang is op dit moment de achtergronden van dit proces van afkering van de samenleving door mensen met meervoudige problemen verder te ontrafelen.

2.4 Zorgvermijding

Zorgvermijding kan vanuit verschillende perspectieven worden bekeken en geanalyseerd. Het is bijvoorbeeld mogelijk om de samenhang te onderzoeken tussen zorgvermijding en psychiatrische symptomatologie. Van mensen met stemmingsstoornissen is bijvoorbeeld bekend dat ze tijdens ernstige depressies geen hulp zoeken omdat de wilskracht er eenvoudigweg niet is. Omgekeerd kunnen mensen met een manisch toestandsbeeld zichzelf zodanig overschatten dat ze menen geen hulp nodig te hebben terwijl omstanders vinden dat dit wel degelijk noodzakelijk is. Ook van mensen met schizofrenie is bekend dat de zogenaamde negatieve symptomen als apathie, affectvervlakking, aandachtsvermindering kunnen leiden tot zorgvermijding⁴⁸. De stoornissen in waarnemen, beoordelen en beslissen kunnen zo ernstig zijn dat adequaat hulp zoeken wordt belemmerd door deze cognitieve beperkingen. Toch wordt deze invalshoek in deze dissertatie niet uitvoerig uitgediept. De vraagstelling in dit boek is gericht op condities en competenties die zorgvermijding en zorgverlamming kunnen keren. Kennis van psychiatrische symptomatologie is nodig, maar niet toereikend om zorgvermijding te doorgronden. Reijneveld & Schene laten zien dat de prevalentie van psychiatrische symptomatologie hoger is in sociaal economisch zwakke gebieden en bij personen met een lage sociaal economische status (SES)⁴⁹. De conclusies worden bevestigd door Lorant die concludeert dat de prevalentie zelfs tot vijf keer hoger is in gebieden met een lage SES. Hij vraagt zich in dit verband af of de voorzieningen wel toegesneden zijn op deze sociale groepen (p117)⁵⁰. Er zijn dus goede redenen om naast de

⁴⁸ Zie: Kemp, R., P. Hayward, G. Applewhaite, B. Everitt & A. David, Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *BMJ*;312:345-349, 10 February 1996

⁴⁹ Reijneveld, S.A. & A.H. Schene. Higher prevalence of mental disorders in socioeconomically deprived urban areas in The Netherlands: community or personal disadvantage? *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol 52, 2-7, 1998

⁵⁰ Lorant, V. *Inequalities and inequities in mental health and care*. Université Catholique de Louvain, 2002

relatie tussen SES en psychiatrische symptomatologie, ook de responsiviteit van voorzieningen in ogenschouw te nemen. Dat zullen we in deze dissertatie ook doen. De stoornissen in het denken en waarnemen van een aanzienlijk deel van de OGGz doelgroep zijn een gegeven, het is *de reactie daarop* van hulpverleners en voorzieningen die van invloed is op het ontstaan van zorgvermijding en zorgverlamming. Van comateuze patiënten is ook geen expliciete hulpvraag te verwachten, toch is hun toegang tot zorg zelden een probleem. De organisatie van zorg is kennelijk ingespeeld op de tekorten die zich bij deze patiëntengroep aandienen. Bij de zorg voor sociaal kwetsbare mensen die een kluwen van elkaar versterkende problemen hebben, is deze toegang echter niet vanzelfsprekend. We richten ons in dit hoofdstuk daarom op de systemische reacties op psychiatrische symptomatologie en op andere uitingen van (sociale) kwetsbaarheid. Mijn aandacht gaat vooral uit naar de signalering, de opmerkzaamheid, de toegankelijkheid, de vasthoudendheid, de responsiviteit, de flexibiliteit en de coördinatie van zorg die nodig is om mensen met deze beperkingen te ondersteunen en zal daarbij specifiek kijken naar de condities waarin zorgvermijding kan gedijen. We gaan nu eerst de mismatch tussen cliënten en voorzieningen verder onderzoeken.

Doktoren vechten harder voor het leven van een jonge vrouw dan van een oude man, onderwijzers zijn meer geïnteresseerd in de begaafdste leerling dan in slechte leerlingen, huisvesters hebben voorkeur voor beschaafde gezinnen boven onmaatschappelijke gezinnen, politieagenten zijn minder argwanend tegenover blanken dan tegenover zwarten. Met deze constatering opent Engbersen een artikel over sociale activering⁵¹. De ideale klant is oprecht, eerlijk, voert zonder morren de instructies op. Klanten die aan dit ideaalbeeld voldoen treffen bij de hulpverleningsinstanties hulpverleners aan die zich voor hen tot het uiterste inspannen. Hulpverleners werken graag met mensen die meewerken, die gemotiveerd zijn, die bekwaam zijn. Hulpverleners en dit type cliënt delen dezelfde cultuur en herkennen dit bij elkaar. OGGz-clianten voldoen zelden aan dit profiel. OGGz-clianten zijn cliënten die altijd te laat komen, die altijd bij de verkeerde instantie de verkeerde hulpvraag stellen, die het niet lukt om zich coöperatief op te stellen - sterker nog - die aversie oproepen of zich misschien zelfs onttrekken aan de hulpverlening. Een groep kortom die gemakkelijk buiten de boot valt. Engbersen duidt in navolging van Ghandi deze groep aan als 'the least, the last, the lost en the latest'. Deze groep vindt veel minder gemakkelijk

⁵¹ Engbersen, R. Sociale activering. *Tijdschrift voor de sociale sector, mei. Nummer 5, 1996*

zijn weg naar de hulpverlening. Hulpverleners spannen zich voor deze mensen niet vanzelfsprekend tot het uiterste in, al helemaal niet als deze mensen zich onttrekken aan hulp of niet gemotiveerd zijn. Een zichzelf reproducerende situatie van herkenning, wederzijdse inzet en waardering, komt bij deze mensen niet op gang. Er is echter meer aan de hand dan dat hulpverleners en cliënten hetzelfde wereldbeeld niet delen.

1,5 miljoen mensen leven in Nederland van een arbeidsongeschiktheids-, werkloosheids- of bijstandsuitkering en slechts een beperkt deel van deze mensen is volgens de huidige criteria reïntegreerbaar⁵². Een deel, dat moeilijk reïntegreerbaar is, bestaat uit burgers die langdurig van een sociaal minimum leven en weinig kans op betaald werk hebben, die chronisch ziek of gehandicapt zijn en die beschikken over geringe leercapaciteit. Managers van de sociale diensten in Nederland schatten dat ongeveer de helft van de huidige bijstandsgerechtigden - 330.000 mensen - niet meer zal uitstromen naar regulier werk⁵³. Bij een relatief hoog minimumloon zoals we dat in Nederland kennen, dat voor een deel bestaat uit premies en afdrachten, hebben relatief veel mensen een slechte kans op de arbeidsmarkt doordat ze niet productief genoeg zijn⁵⁴. Bij een aantrekkende economie krijgt het reïntegreerbare deel van de 1,5 miljoen mensen weer kansen, een vaste kern van mensen met forse arbeidshandicaps, blijft aan de kant staan. De mensen die tot de vaste kern behoren zitten als het ware 'permanent op de reservebank'. Door de grote afstand tot de arbeidsmarkt lijkt een bestaan aan de zijlijn voor hen haast onontkoombaar. Was het tot voor kort nog gebruikelijk dat uitkeringsgerechtigden konden rekenen op bescherming in de samenleving, nu is de stemming in het land omgeslagen in ergernis over misbruik van voorzieningen.

Wolf constateert dat er zich in allerlei sferen van onze samenleving een omslag heeft voorgedaan van een beschermingsparadigma naar een activeringsparadigma. *'Het komt, in trefwoorden, neer op een verschuiving van bescherming van burgers, collectiviteit, sociale rechten, afhankelijkheid en passiviteit naar activering, participatie, eigen verantwoordelijkheid, plichten, onafhankelijkheid en een actieve inbreng'*⁵⁵. Mensen worden meer geprikkeld om te solliciteren.

52 Hoff, S., G. Jehoel-Gijsbers & J.M. Wildeboer Schut. *De uitkering van de baan. Reïntegratie van uitkeringsontvangers: ontwikkelingen in de periode 1992 – 2002*, SCP, 2003.

Het getal van 1,5 miljoen mensen leven in Nederland van een arbeidsongeschiktheids-, werkloosheids- of bijstandsuitkering is afkomstig van het Sociaal Cultureel Planbureau. Zie de internetsite :

SCP/Bronmateriaal/werkhervatting, 24/06/2004

53 Edzes, A, Moes, M & E. Westerhof, WWB monitor 2006. Twee jaar WWB. CAB / Divosa, 2006

54 Beer, de P. *Werk, een uitgewerkt medicijn? Arbeidsparticipatie, welvaart en ongelijkheid in de postindustriële samenleving*.

Nijmegen : SUN, 2001

55 Wolf 2002: p11

De sociale dienst in Amsterdam organiseert banenmarkten, wie wegblijft wordt gekort op zijn uitkering. De uitkering van een aantal psychiatrische patiënten werd gestopt. Ze waren niet komen opdagen⁵⁶. Vanaf het tweede kabinet Balkenende is er een omslag van 'beschermen naar activeren' terug te vinden in het regeringsbeleid. Er ligt een sterk accent op 'meedoen', 'eigen verantwoordelijkheid' en 'het versoberen van de verzorgingsstaat'. De vraag is echter hoe realistisch een appèl op de eigen verantwoordelijkheid is, gelet op de eerder beschreven grote afstand tot de arbeidsmarkt van de groep die zo al lang op de reservebank tijd doorbrengt.

Het is niet goed denkbaar dat de waardering die arbeid in de samenleving heeft en de ergernis van politiek en burgerij over misbruik van uitkeringen en passiviteit, de uitkeringsgerechtigden in Nederland ontgaat. Sterker nog: als het niet lukt om een plaats te veroveren in de samenleving is het moeilijk om vertrouwen te hebben in de instituties en de functionarissen die een onderdeel zijn van die samenleving. Volgens de Amerikaanse socioloog Merton veroorzaakt de oriëntatie op opwaartse mobiliteit in Westerse kapitalistische maatschappijen sociale druk. Als er beperkte mogelijkheden zijn om mobiliteitsdoelen te realiseren, dan kan dit leiden tot verschillende aanpassingsstrategieën waarmee deze druk kan worden verminderd. Eén van deze strategieën is het gedrag dat zorgmijders typeert: terugtrekking (*retraite*)⁵⁷. Anders gezegd: het hoge levenstempo en de druk om te presteren produceert afhakers; mensen bij wie uitsluiting en zelfuitsluiting elkaar versterkende processen geworden zijn. Waar de overheid een beleid voert dat gericht is op 'meedoen' en 'activering', zoeken zorgmijders de *retraite*. We gaan nu de microdimensie van deze terugtrekking verder ontrafelen.

Meetellen en erbij horen zijn basisbehoeften van mensen⁵⁸. Niet meetellen en permanent op de reservebank zitten doen afbreuk aan het zelfbeeld en de identiteit. Wolf constateert dat mensen die positieve aandacht krijgen, deze oordelen internaliseren en zich ernaar gaan gedragen. Omgekeerd gaat dit mechanisme ook op⁵⁹. Wie langdurig aan de zijlijn staat gaat zichzelf zien als overbodig en presenteert zich ook zo. Deze representatie roept bij anderen gemakkelijk aversie op en zo kan een negatieve cirkel ontstaan van deprimering, presentering, aversie, uitsluiting en zelfuitsluiting. Wolf beschrijft hoe transitie in de

⁵⁶ Luyten, M. De burger heeft het verbruid. De Volkskrant, 15 november 2003.

⁵⁷ Merton onderscheidt vier aanpassingsstrategieën: conformisme, innovatie, ritualisme en *retraite*. Zie hoofdstuk 4 en 5 in: Merton, R.K. *Social Theory and Social Structure (revised and enlarged edition)*. Free Press: New York, 1964

⁵⁸ Schuyt, C.J.M. & C.A. Voorham *Sociale uitsluiting*. SWP, 2000

⁵⁹ Zie Wolf, J. *Een kwestie van uitburgering*. Amsterdam: SWP, 2002: p20

identiteit van burger naar probleemgeval, uiteindelijk kunnen leiden tot het zich niet meer houden aan gangbare codes in de samenleving:

‘Door een negatieve of afwijzende bejegening door anderen, die vaak weer een reactie vormt op schendingen van gangbare omgangsvormen en regels, kunnen mensen een negatief zelfgevoel ontwikkelen. Onbewust kunnen zij zich in hun gedrag gaan oriënteren op het beeld dat de ander van hen heeft en hun algemene zelfpresentatie daaraan aanpassen. Gedrag en zelfpresentatie roepen bij anderen gemakkelijk weer aversies op, wat opnieuw voeding geeft aan negatieve zelfwaardering en gevoelens van deprimering. Als dit proces samengaat met een zekere etikettering kan de aangereikte identiteit een schaduw werpen over de eigen identiteit en er op den duur zelfs mee samenvallen. Transitie in de identiteit van burger naar die van bijvoorbeeld psychiatrische patiënt, dakloze, zorgmijder, overlastveroorzaker of veelpleger vormen het sluitstuk van het proces van uitburgering. Hoe groter de vervreemding van het eigen zelf, des te kleiner wordt de druk om zich te houden aan de gangbare codes in de samenleving (p20)’.

Niet meetellen in de samenleving betekent voor sommigen berusting in het lot en zoeken naar eigen netwerken en bezigheden. Het zoeken naar eigen netwerken van gelijkgestemde personen kan echter ook leiden tot een cultuur met neerdrukkende normen. Een citaat uit het WRR rapport ‘Vertrouwen in de buurt’ weerspiegelt dit goed: ‘Collectieve armoede nodigt niet uit om trots te zijn’ (p53)⁶⁰. Zo beschrijft de Amerikaanse socioloog Portes⁶¹ gesloten gemeenschappen waarin groepssolidariteit verbonden is met een gemeenschappelijke beleving van vijandigheid ten opzichte van de doorsnee samenleving. In deze gemeenschappen kan individueel succes de groepscohesie ondermijnen doordat dit laatste juist is gebaseerd op de veronderstelde onmogelijkheid van het voorkomen van succes. Dit resulteert in neerdrukkende normen die de leden van de groep of gemeenschap op hun plaats houden en waaruit personen met ambitie wegvlugten. In het wereldbeeld van deze groep gemarginaliseerden is individueel succes onmogelijk en individuen die het tegendeel bewijzen, verlaten de groep of worden uitgestoten omdat ze het wereldbeeld van de groep ondermijnen. Ook Dalrymple⁶² signaleert deze neerdrukkende cultuur, met name bij de onderklasse. Het nemen van verantwoordelijkheid, het tonen van initiatief is in deze onderklasse volgens hem getaboeïseerd. Het is aannemelijk dat dit krachtig omarmen van een wereldbeeld waarin sprake is van een negatieve zichzelf waarmakende voorspelling (zie je wel, de wereld deugt niet) ook een rol speelt in het wereldbeeld van extreem

60 Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. *Vertrouwen in de buurt*. Amsterdam University Press, Amsterdam 2006

61 Portes, A. *Social Capital, its origins and applications in modern sociology*. Annual Review of Sociology, p24: 1 t/m 24, 1998

62 Zie het hoofdstuk ‘Lost in the ghetto’ in: Dalrymple, T. *Life at the bottom: The worldview that Makes the Underclass*. Ivan Dee: Chicago, 2001

gemarginaliseerden. Een vast en haast onwrikbaar wereldbeeld lijkt de gevoelens van onzekerheid, onvoorspelbaarheid en chaos terug te dringen die gepaard gaan met extreme marginalisering. Het mijden van zorg valt samen met een algeheel wantrouwen in de samenleving en de instituties die daarin functioneren. Nooteboom⁶³ wijst er op dat vertrouwen samengaat met zelfvertrouwen. Volgens Nooteboom kan een gebrek aan zelfvertrouwen twee vormen aannemen: een overmaat aan vertrouwen en een overmaat aan wantrouwen. Personen met een gebrek aan zelfvertrouwen kunnen zich zo vastklampen aan een beschermer, dat ieder opportunisme van de beschermer wordt ontkend. Dit leidt vervolgens tot overdreven vertrouwend gedrag om de beschermer mild te stemmen. Bij huiselijk geweld en de kluwenproblematiek die daarom heen hangt komt dit mechanisme vaak voor. Het omgekeerde komt ook voor. Dat een gebrek aan zelfvertrouwen doorslaat in een overmaat aan wantrouwen. Deze personen ervaren eenzijdige afhankelijkheid en machtsongelijkheid, worden achterdochtig en worden overgevoelig voor aanwijzingen van opportunisme. Zorgvermijding lijkt te worden aangejaagd door een overgevoeligheid voor aanwijzingen dat de hulpverlening of de instanties die zij vertegenwoordigen toch niet deugen. Hulpverleners in de OGGz hebben met beide mechanismen veelvuldig te maken, we concentreren ons in deze dissertatie echter op de laatste van de twee.

Kenners van het werk van Giddens zullen bij de lezing van de laatste twee paragrafen tegenwerpen dat het betoog sterk leunt op structureel functionalistische theorieën (anomie en vervreemding). Giddens hamert voortdurend op de mogelijkheden van herdefiniëring van structuren, de constante ontwikkeling van identiteiten, de rol van competente actoren, en verwerpt daarmee een deterministische visie op samenleven. Zijn OGGz cliënten dan geen competente actoren? Is identiteitsontwikkeling ('the ongoing story about the self') bij hen tot stilstand gekomen? Ook al is hun paradigmatische oriëntatie heel verschillend⁶⁴, het verklaringskader van de anomietheorie en Giddens' structuratietheorie kunnen elkaar

63 Nooteboom, B. *Vertrouwen. Vormen, grondslagen, gebruik en gebreken van vertrouwen*. Academic Service: Schoonhoven, 2002

64 In theorieën over afwijkend gedrag – waar anomische gedragingen onder geschaard worden – wordt doorgaans een onderscheid gemaakt tussen twee benaderingen: de etiologische- en de sociale reactie benadering. Giddens structuratietheorie, maar ook deze dissertatie, staan inhoudelijk dichtbij de laatste benadering. De anomietheorie staat evenwel dichtbij de etiologische benadering. In deze dissertatie wil ik analyses uit een andere hoek zoals de etiologische echter niet uit de weg gaan omdat beide benaderingen elkaar aanvullen en samen inzicht geven in zorgvermijding. Zie voor goede introducties in beide benaderingen: Outrive, L. van. *Duiding van misdaad in toekomstperspectief*. Koning Boudewijnstichting: Brussel, 1998, p11-19; Zie ook: Snel, G. *Afwijkend gedrag, perspectieven en ontwikkeling*. Samson: Alphen aan den Rijn, 1979, p13-30.

aanvullen en het inzicht in zorgvermijding vergroten. Zo kan de hardnekkigheid van de retraite in Merton's anomietheorie begrepen worden met Giddens' visie op het ontstaan van routines. Giddens wijst op de rol van routines en het belang ervan voor het ontstaan van basisveiligheid (P56 e.v.)⁶⁵. Een bestaan in de marge waar de druk om mee te doen in de opwaartse mobiliteit is ingewisseld voor retraite en de daarmee gepaard gaande zorgvermijding; een bestaan waarin routines, vaste beelden van de binnen- en buitenwereld, zorgen voor basisveiligheid. Stilstand en repetitie zijn onderdeel van het verhaal geworden ('the ongoing story about the self'). Gelet op de beschreven hardnekkigheid is een ontsnapping aan de retraite zonder de hulp van externe krachten moeilijk voorstelbaar.

Hoewel erkend wordt dat zorgvermijding samen kan hangen met specifieke psychiatrische symptomatologie, wordt in de bovenstaande beschouwingen zorgvermijding uitgewerkt en opgevat als een indicatie voor anomie en sociale desintegratie. Zorgmijders missen het geloof in de integriteit en goede bedoelingen van anderen. Zorgvermijding lijkt echter ook het sluitstuk te zijn van een existentieel leerproces. Een overlevingsstrategie die de vorm aanneemt van 'de boot afhouden', een weigering om mee te doen (aan de ratrace), een weigering om hogerop te klimmen; een geslaagde poging om zichzelf te behoeden voor een valpartij van de ladder die omhoog wijst naar opwaartse mobiliteit. Daarmee kan het ook gezien worden als een 'geslaagde' poging om te dealen met beperkte kansen, om de krenking (van afwijzing, van mislukking, van te moeten wachten in een rij) voor te zijn, om regie te nemen en om de kaarten zelf uit te delen.

De focus in de bovenstaande redenering ligt op het vermogen van cliënten om hulpverleners en instanties te vertrouwen (to trust). Evenzogoed kan de vraag gesteld worden of instellingen en professionals dit vertrouwen waard zijn (trustworthiness). Volgens Dekker⁶⁶ wordt deze vraag niet of nauwelijks gesteld. In de volgende paragraaf wordt aandacht besteed aan deze vraag.

2.5 Zorgverlamming

In een tweetal publicaties laten Van der Lans e.a. op indringende wijze zien hoe de segmentering en verzakelijking in de wereld van welzijn en zorg hun beslag krijgen. Zij beschrijven hoe hulpverleners steeds meer van achter balies, in spreekkamers en op afspraak

⁶⁵ Giddens, A. *In Defence of Sociology*. Polity Press: Cambridge, 1996

⁶⁶ Dekker, P. *Vertrouwen in de overheid. Een verkenning van actuele literatuur en enquêtegegevens*. Universiteit van Tilburg, 2001

hun werk verrichten⁶⁷. De leefwereld van de cliënt, diens natuurlijke woonomgeving is een 'no go area' geworden voor hulpverleners. Er is een bureaucratische afstandelijkheid in het werk geslopen die volgens Van der Lans vanuit twee syndromen verklaard kan worden: een Paternalisme-syndroom en een Achterhuis-syndroom. Het Paternalisme-syndroom verwijst naar een houding waarin hulpverleners zich afzijdig houden en zich niet bemoeien met mensen. Tot de jaren zestig kon het werk in zorg en welzijn getypeerd worden als paternalistisch, aldus van der Lans. De huur werd bijvoorbeeld wekelijks bij de mensen thuis opgehaald, wie niet betaalde viel na een week door de mand en werd aangemaand om volgende week alsnog het geld op tafel te leggen. In de jaren zestig kwam er geleidelijk een einde aan deze stijl van werken; paternalisme en betutteling werden taboe. Van der Lans stelt dat non-interventie sinds die tijd de culturele norm is geworden. Het tweede syndroom dat verklaart waarom de hulpverlening zich niet meer thuis, maar in kantoorgebouwen en op afspraak afspeelt, is het Achterhuis-syndroom. De hulpverlening zou na de betutteling van voor de jaren zestig, doorgeschoten zijn en zich teveel hebben geïdentificeerd met de doelgroep, zich teveel met hen hebben gesolidariseerd. Men creëerde zijn eigen vraag door emancipatieprogramma's aan te bieden en daarmee een behoefte aan emancipatie te creëren. Achterhuis stelde in 'De markt van welzijn en geluk' deze wijze van handelen op polemische wijze aan de kaak. De hulpverlening – aldus Van der Lans – zag maar één manier om aan deze twee syndromen te ontsnappen: afstand nemen. De verzakelijking die hiermee gepaard ging heeft gemaakt dat de hulpverlening zich verplaatste van de huiskamer naar de spreekkamer, dat protocollen op de voorgrond en de persoon van de hulpverleners op de achtergrond kwamen. Cliënten worden geacht zelf verantwoordelijk te zijn en gemotiveerd, en op afspraken te verschijnen.

Van der Lans schetst een pijnlijke paradox: terwijl sociaal kwetsbare mensen steeds meer moeite krijgen om zich in de samenleving staande te houden, trekken hulpverleners zich terug uit het dagelijkse leven en nemen ze meer afstand. De analyse van Van der Lans e.a. heeft echter aanvulling. Naast deze twee syndromen zijn er nog andere processen die bureaucratische afstand opwekken en een betrokken dienstverlening in de weg staan. Daarop ga ik nu in.

Verskillende gezondheids- en welzijnsproblemen laten zich goed verhelpen in een omgeving met gedifferentieerde instellingen, in de zorg voor sociaal kwetsbare mensen met

⁶⁷ Lans, J. van der, De zachte sector is hard geworden. *Vrij Nederland*, p 4 – 6, 2004. Zie ook de eerste twee hoofdstukken van het boek *Bemoeien werkt*. J. van der Lans, N. Medema & M. Ràkers, De Balie: Amsterdam, 2003

meervoudige problemen lijkt dit precies omgekeerd. Deze mensen hebben veelsoortige problemen op verschillende levensgebieden die elkaar versterken, terwijl de hulpverlening een welomschreven en omliggende doelstelling heeft. De cliënt wil verlost worden van de probleemkluwen waarin hij verstrikt is geraakt, terwijl de hulpverlener slechts een deel van de kluwen tot zijn aandachts- en competentiegebied rekent. Hierdoor ontstaat een mismatch tussen cliënt en hulpverlening. Om deze mismatch beter te begrijpen gaan we in op het begrip ‘selektive Nichtbeachtung’ ontleend aan Luhmann (1973) en op het begrip dubbele differentiatie, ontleent aan Van Houten (1993).

Luhmann⁶⁸ maakte in het begin van de jaren zeventig een studie naar het begrip ‘helpen’. Hij beschrijft in die studie nauwkeurig hoe helpen door de eeuwen heen vervlochten was met wederkerigheid en betrokkenheid. Ook beschrijft hij hoe helpen door de eeuwen steeds meer differentieert en in handen terechtkomt van professionals. Luhmann beschrijft het verschijnsel helpen in drie stadia van maatschappijen. In het eerste stadium, in de ‘Archaische Gesellschaft’, helpt men elkaar uit wederkerigheid. De groep kan alleen overleven als men elkaar helpt. Er is sprake van een vanzelfsprekende en directe betrokkenheid. Als de maatschappij verder uitdifferentieert ontstaat er de aalmoezenleer. In dit tweede stadium, de ‘Hochkultivierte Gesellschaft’, is religieuze moraal de drijvende kracht achter helpen. In het derde stadium, de ‘Moderne Gesellschaft’, is helpen ondergebracht bij een maatschappelijk subsysteem dat gerund wordt door professionals. Aan de hand van theorieën over selecteren, waarnemen en informatieverwerking, beschrijft Luhmann hoe professionals alleen datgene zien wat past in het beleid of het programma van de instelling. Men heeft slechts oog voor de noden die samenvallen met hetgeen de eigen instelling bieden kan. Blickvernauwing, verzakelijking (‘rechtlich abgesichert, fachlich kompetent, zeitlich begrenzt’) en gebrekkige betrokkenheid hebben terrein gewonnen ten opzichte van barmhartigheid, liefde en wederkerigheid. Luhmann werkt deze redenering later verder uit in een omvangrijke studie naar sociale systemen⁶⁹. Sociale systemen hebben de neiging om te totaliseren. Letterlijk zegt Luhmann hier het volgende over: ‘*Man kann deshalb auch sagen, daß durch Bezug auf Unbestimmtlassen von Umwelt das System sich selbst totalisiert. Die Umwelt ist einfach alles andere.*’ (1984: 249). Maar de omgeving (Umwelt) is veel complexer dan het systeem zelf. Mensen moeten om niet overspoeld te worden door informatie, deze complexiteit vereenvoudigen en reduceren, onder andere door informatie te

⁶⁸ Luhmann, N. *Formen des Helfens im Wandel gesellschaftlicher Bedingungen*. In: H.U. Otto & S. Schneider.

‘Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit. Luchterhand: Darmstadt, 1973

⁶⁹ Luhmann, N. *Soziale Systeme; Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Suhrkamp: Frankfurt, 1984

selecteren en te thematiseren. In een subtiel samenspel van waarneming, selectie, attributie, verwachtingen, generalisaties en overleg, ontstaat binnen sociale systemen differentiatie, die meestal samenvalt met de identiteit van het individu en het systeem. De verhouding tussen systeem en omgeving is volgens Luhmann asymmetrisch, het eigen gezichtspunt, dat ontstaan is door selectie en reproductie, wordt hoger aangeslagen dan gezichtspunten of aanwijzingen van buiten het systeem. Sociale systemen zijn geneigd de interne processen aan te merken als belangrijk, terwijl gebeurtenissen of processen in de omgeving als ‘vermoedelijk minder belangrijk’ worden gezien. Hoe verder systemen uitdifferentiëren hoe sensitiever men wordt voor interne processen, maar ook hoe ongevoeliger men wordt voor informatie die afkomstig is van buiten de organisatie. Dit verschijnsel noemt Luhmann selectieve Nichtbeachtung (pag. 34). Het sociale systeem wint hiermee aan vrijheid en autonomie maar wordt ongevoeliger voor informatie van buiten.

De verzorgingsstaat biedt volgens de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) mensen weliswaar bestaanszekerheid maar ontnemt hen de mogelijkheid om deugden als naastenliefde en barmhartigheid uit te oefenen. Warmte en betrokkenheid maakt plaats voor een zekere ‘anonimisering van solidariteit’ (p10)⁷⁰. De verzakelijking en ‘ontzieling’ van de dienstverlening in zorg en welzijn wordt door een groot aantal onderzoekers en auteurs signaleerd en recent nog eens door de sociaal geneeskundige Post⁷¹. Hij beschrijft tekorten in het invoelingsvermogen, fouten en missers, medewerkers die opbranden, teveel bureaucratie, te hoge werkdruk, te weinig waardering, stopwatchzorg en verdergaande verzakelijking en economisering. Voor bezieling is geen plaats in de gezondheidszorg, aldus Post. Baart en Steketee⁷² typeren deze dienstverlening als ‘in zichzelf gekeerde institutionele overlevingsdrift’.

Om de problematiek van zorgverlamming nog scherper voor ogen te krijgen is het nodig de context van differentiatie en professionalisering in de hulpverlening nog verder uit te diepen. Hiervoor maken we gebruik van het begrip dubbele differentiatie van zorgsystemen dat beschreven is door de socioloog Van Houten⁷³.

⁷⁰ Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. *Verschil maken. Eigen verantwoordelijkheid na de verzorgingsstaat*. SWP: Amsterdam, 2006

⁷¹ Post, D. De zorg is ziek. *Het goede leven, deel 1 en 2*, p 4 - 7, 2004.

⁷² Baart, A & M. Steketee. *Wat aandachtige nabijheid vermag. Over professionaliteit en present-zijn in complexe situaties*, Verwey-Jonker Instituut, 2003

⁷³ Houten, D van. *Systeem en zorg: over de professionaliteit van interventies*. Reeks Methodiekwontwikkeling: concepten en trajecten. SWP: Utrecht, 1993

Met de eerste differentiatie doelt Van Houten op de geleidelijke ontwikkeling van caritas en particulier initiatief naar professionele zorg. De tweede differentiatie betreft de opkomst en verdere differentiatie van de verschillende disciplines die meer en meer hun eigen beroepsdomeinen afbakenen. Met andere woorden: er komen niet alleen professionele subsystemen, maar er ontstaan bovendien verschillende beroepsgroepen binnen die subsystemen. Op het gebied van gezondheid, welzijn, wonen, arbeid, vrije tijd, veiligheid, ontstaan subsystemen die zich als bedrijfstak bezighouden met hun taakstelling, met daarbinnen vele tientallen beroepsgroepen. Iedere beroepsgroep claimt bovendien een specifieke strategie, veelal vertaald in eigen methodieken, heeft een eigen jargon, herformuleert de problemen van de cliënt zodanig dat het eigen aanbod er op past. Net als Luhmann constateert ook Van Houten dat mensen om hulp te krijgen, moeten passen in het aanbod van de instelling. Van Houten wijst bovendien op de rol van de overheid bij het ontstaan en instandhouden van verregaande differentiatie. Subsidies zijn verbonden met het rapporteren van resultaten. Dit werkt in de hand dat instellingen nauwkeurig hun missie gaan beschrijven en zich slechts bezighouden met datgene waarvoor subsidies tegemoet gezien kunnen worden. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) heeft recent gewezen op de perverse effecten die samenhangen met een eenzijdige aansturing op resultaten in de maatschappelijke dienstverlening. De verantwoordingsplicht wordt een doel op zichzelf en zorgt voor een klimaat van geïnstitutionaliseerd wantrouwen. Het afrekenen op resultaten werkt middelmaat en risicobeperking in de hand (p10 e.v.)⁷⁴. Een voorbeeld van een dergelijke risicobeperking wordt door de RMO naar voren gebracht⁷⁵. De RMO concludeert dat sinds budgetfinanciering verwisseld is voor resultaatfinanciering instellingen hun risico beperken door zich te richten op cliënten bij wie de kans op resultaten groot is. OGGz-clënten behoren bij uitstek niet tot deze groep.

In navolging van de Franse jurist en sociaal wetenschapper Ellul schrijft Bauman⁷⁶ de drang tot verdelen, opdelen, fragmenteren en atomiseren toe aan de opkomst van de moderne technologie in de negentiende eeuw. Problemen worden opgedeeld en één voor één aangepakt in plaats van tegelijkertijd. De opkomst van de technologie zorgde voor bevolkingsconcentraties in steden en zorgde er voor dat arbeid zich af ging spelen op andere

⁷⁴ Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam University Press, Amsterdam, 2004

⁷⁵ Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. *Kwetsbaar in het kwadraat: krachtige steun voor kwetsbare mensen*. Den Haag: SDU, 2001

⁷⁶ Zie: p54 in: Bauman, Z. *Leven met veranderlijkheid, verscheidenheid en onzekerheid*. Boom: Meppel, 1998

plaatsen dan het wonen. Sociale eenheden vielen uiteen; mannen en vrouwen kwamen in verschillende rollen en verschillende segmenten van de samenleving terecht. De opkomst van de techniek markeert ook de opkomst van de experts; personen met een surplus aan kennis, die zich toeleggen op het analyseren, opsplitsen, herdefiniëren en beheersbaar maken van maatschappelijke vraagstukken en daarbij kennis ontwikkelen die door buitenstaanders niet overzien kan worden. Bauman wijst op de gevaren die samenhangen met de opkomst van de techniek en de plaats die experts in gaan nemen in ons leven: 'de door de technologie teweeggebrachte fragmentatie, die aan de ene kant leidt tot een verhulling van het systematische karakter van de menselijke habitat, en aan de andere kant leidt tot een deconstructie van de morele persoonlijkheid'⁷⁷. Anders gezegd: deskundigheid op deelgebieden gaat gepaard met verlies van inzicht in de wijze waarop deelproblemen elkaar versterken. Betrokkenheid en het begaan zijn met het lot van de ander, worden hierdoor bemoeilijkt. Bauman's beschrijving van de deconstructie van de morele persoonlijkheid vertoont overeenkomsten met hetgeen Schuyt aanduidt als 'bureaucratische onverschilligheid'⁷⁸ en wat Zijdeveld aanduidt als vervreemding; dat mensen gescheiden raken van hun individuele integriteit, hun talenten en hun competenties. Dit verschijnsel is goed te zien in de zorgverlamming die optreedt als hulpverleners, die allen experts zijn op deelgebieden, zich slechts verantwoordelijk voelen voor een deelgebied. Allerlei vormen van afwentelingsgedrag en risico' voor de continuïteit van zorg zijn dan het gevolg⁷⁹.

Naast aanbodgerichtheid, bedrijfsblindheid en differentiatie zijn er echter nog andere factoren die een betrokken en samenhangende dienstverlening in de weg staan. Marginalisatie en sociale uitsluiting treffen grote aantallen mensen in de samenleving. De druk op instellingen als de sociale dienst, politie, woningbouw, maatschappelijk werk, opbouw werk, GGZ, verslavingszorg, reclassering, om al dat leed terug te dringen is groot. Instellingen daarentegen proberen met alle macht deze toestroom van cliënten in te dammen. Op het niveau van de zorgverlening wordt de rationalisering zover doorgetrokken dat aanmelding gescheiden wordt van intake, dat indicatiestelling leidt tot zorgtoewijzing, dat uitvoering en evaluatie niet zelden in nog weer andere handen terechtkomt⁸⁰. Door de

⁷⁷ Bauman, 1998:p56

⁷⁸ Zie het hoofdstuk 'Bureaucratische onverschilligheid en creatieve zorg' in: Schuyt, C.J.M. *Tegendraadse werkingen Sociologische opstellen over de onvoorziene gevolgen van verzorging en verzekering*. Amsterdam University Press, 1995

⁷⁹ Lohuis e.a , 2003

⁸⁰ Laan, G. van der. Je rekent de brandweer toch ook niet af op het aantal gebluste branden. *Deviant nr. 18*, p 24 - 27 ,1998.

meervoudige problemen die deze mensen hebben, doordat deze mensen zich onttrekken aan hulp, maar ook door differentiatie en verkaveling van het werkveld - doen mensen met meervoudige problemen, meer dan welke andere cliëntengroep, een beroep op samenwerking tussen instellingen. Het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) bood in het intramurale tijdperk alles: een dak, bed, bad, brood, maar ook een kapper en winkeltjes op het terrein van het APZ. Zorg op maat was dit misschien niet, maar omvattend was het wel. Nu is de GGZ één van de partijen die zorg biedt aan mensen met meervoudige problemen⁸¹. Geen enkele instelling kan zodanig omvattende hulp bieden aan deze doelgroep dat samenwerking overbodig is. Maar juist samenwerking is moeilijk in een werkveld waar differentiatie en verzakelijking de boventoon voeren. Een voorbeeld uit een programma-evaluatie die Polstra & Schout onlangs deden maakt dit duidelijk:

Exempla 1

Een instelling voor schuldhulpverlening in het noorden van het land moet bezuinigen, per 01-01-06 moeten er 12 medewerkers verdwijnen. Hierdoor gaat men meer op kantoor werken en worden huisbezoeken steeds minder afgelegd. Soms is dit erg inefficiënt. Heeft men bij een bezoek op het kantoor een brief of legitimatiebewijs vergeten, dan kan een betalingsregeling niet in werking worden gezet en moet er een nieuwe afspraak gemaakt worden. Sommige cliënten komen dan niet weer of komen pas veel later terug terwijl de schulden verder oplopen. Bij de mensen thuis liggen alle papieren die nodig zijn om een regeling te treffen, daar kunnen soms beter spijkers met koppen geslagen worden. 'Omdat ik zelf niet achter mensen aan ga kan ik hulpverleners van andere instellingen moeilijk aanspreken op het feit dat ze niet achter mensen aan gaan die dreigen weg te zakken'.⁸²

Einde

Het terugtrekken op kerntaken, het werken volgens protocollen, een toenemende verzakelijking, zetten een flexibele en integrale aanpak in de hulpverlening steeds meer onder druk.

Wanneer er al zoveel gedaan is aan aanmelding, intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing is het lastig om te volstaan met de vaststelling dat de cliënt slechts behoefte heeft aan steun, aan erkenning of ergens bijhoren. Ongemerkt en onbedoeld kan er een hulpverlening ontstaan die te zwaar, te medicaliserend en onvoldoende oog heeft voor de mogelijkheden die cliënten en hun omstanders hebben. Voor de GGZ geldt bovendien dat de medisch-specialistische aanpak steeds meer de boventoon voert in het werk. Alleen het vermoeden dat iemand in zorg is bij de GGZ maakt dat de anderen een stap terug doen. Anderen

⁸¹ Wennink, H.J. *De ongelukkige relatie tussen maatschappij en Geestelijke Gezondheidszorg*. Elsevier: Maarssen, 1998

⁸² Voorbeeld ontleend aan: Polstra, L & G. Schout. *Evaluatie van de OGGZ in de gemeente Groningen*. SoZaWe, 2005

beschouwen zich per definitie als minder kundig (Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, 2002)⁸³.

Zorgverlamming kan al met al omschreven worden als een proces waarin iedere instelling een reden heeft om zich niet met lastige cliënten te bemoeien en waarbij de actoren het initiatief van anderen afwachten of cliënten als een hete aardappel aan elkaar doorgeven. Het onvermogen om de kluwenproblematiek van cliënten te overzien voedt de machteloosheid van de afzonderlijke hulpverleners. Zorgverlamming wordt aangejaagd door verregaande differentiatie van maatschappelijke instellingen, door inperking van de discretionaire ruimte van professionals⁸⁴ en door bedrijfsblindheid. Verder staat een toenemende verzakelijking, aanbodgerichtheid en decontextualisering van het hulpaanbod, een betrokken en flexibele hulpverlening in de weg.

2.6 Conclusie

Dit hoofdstuk is toegespitst op de vraag *hoe kunnen de verschijnselen zorgvermijding en zorgverlamming verklaard worden?* Om deze vraag te beantwoorden is gebruik gemaakt van twee sociologische begrippen; anomie en vervreemding. Zijderveld ziet anomie en vervreemding als twee met elkaar verbonden maar wel verschillende ziekten, samen vormen ze de tweelingziekte van de moderniteit⁸⁵. Toegepast op de vraagstelling van dit hoofdstuk kan vervreemding gezien worden als een proces waardoor medewerkers van maatschappelijke instellingen gescheiden raken van hun morele bronnen, hun talenten en hun creativiteit; en anomie als een proces waarin mensen het gevoel hebben dat ze van de samenleving en haar instituties niets meer te verwachten hebben. Als vervreemdingsprocessen bij medewerkers en anomische processen bij cliënten samenkomen in hulpverleningssituaties, ontstaat er een mengsel van zichzelf waarmakende voorspellingen ('zie je wel, de cliënt is niet gemotiveerd' cq. 'zie je wel, de hulpverlening deugt niet'), die eindigen in zorgverlamming en zorgvermijding (zie afbeelding 2.1).

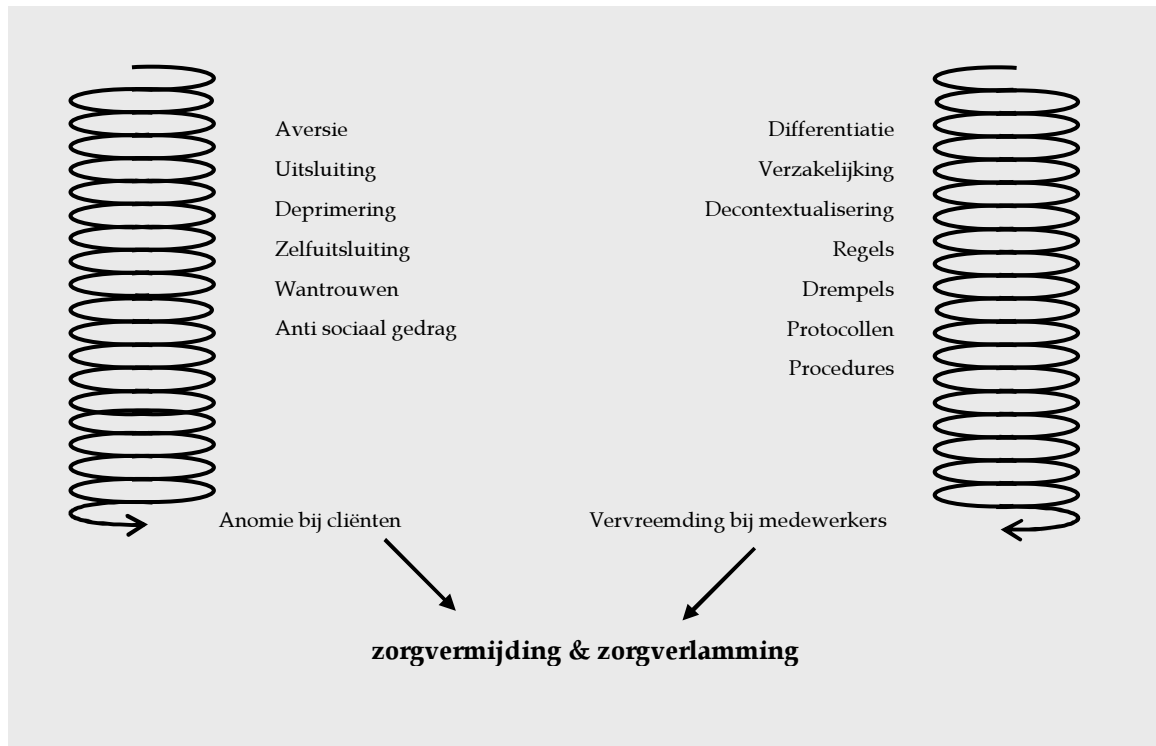
Het doel van dit hoofdstuk is zorgvermijding en zorgverlamming te begrijpen en om verklaringen te bieden voor deze verschijnselen. We beëindigen dit hoofdstuk met de

⁸³ Landelijk Commissie Geestelijke Volksgezondheid. *Zorg van velen*. Min v. VWS, 2002

⁸⁴ Deze conclusie heeft betrekking op de maatschappelijke dienstverlening in Nederland. Er zijn echter wel degelijk praktijken en vrijplaatsen waar men deze inperking van discretionaire ruimte weet te ontlopen. Lokale zorgnetwerken in de OGGz zijn vaak zulke vrijplaatsen. In de hoofdstukken drie en vijf wordt verslag gedaan van praktijken waarin dit lukt.

⁸⁵ Zijderveld, 2000: p198, 199

conclusie dat beide verschijnselen met elkaar samenhangen en elkaar versterken, zodanig dat er een negatieve spiraal op gang kan komen die eindigt in een zichzelf reproducerende situatie van zorgvermijding en zorgverlamming. Het bestaansrecht van de OGGz en het zorgtekort van de doelgroep kan vanuit deze verklaring begrepen worden.



Afbeelding 2.1 De (re)productie van zorgverlamming en zorgvermijding

3.1 Inleiding

In hoofdstuk twee is uiteengezet hoe bepaalde condities zorgverlamming en zorgvermijding kunnen produceren. Hoofdstuk twee wekt mogelijk de indruk alsof deze condities onafwendbaar leiden tot zorgverlamming en zorgvermijding. Dit is echter niet het geval. Een structureel deterministische analyse schiet tekort als het gaat om het zichtbaar maken van condities die het terugdringen van zorgverlamming en zorgvermijding mogelijk maken. Sommige professionals die in de OGGz werken of binnen instellingen die de omgeving vormen van de OGGz, weten met succes condities te creëren waarbinnen zorgverlamming en zorgvermijding worden teruggedrongen. Werd in het vorige hoofdstuk de *productie* van zorgvermijding en zorgverlamming beschreven, dit hoofdstuk gaat in op de *reductie* ervan. Dit hoofdstuk zoomt in op de condities (voornamelijk meso- en macroniveau: hulpbronnen, randvoorwaarden, structuren) waaronder het mogelijk wordt om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen; hoofdstuk 5 daarentegen gaat juist in op competenties (voornamelijk microniveau: handelen)⁸⁶. De verdeling van de verschillende aspecten van zorgvermijding en zorgverlamming over deze dissertatie is als volgt:

	Micro	Meso	Macro	Productie	Reductie
Hoofdstuk 2	•	•	•	•	
Hoofdstuk 3		•	•		•
Hoofdstuk 5	•				•

Twee deelvragen zijn leidend voor dit hoofdstuk: welke structuren zijn nodig om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen en welke condities zijn daarbinnen te onderscheiden? Gelet op de analyse in het vorige hoofdstuk zoeken we in dit hoofdstuk naar condities die vertrouwen, initiatief, creativiteit en inclusie kunnen produceren.

⁸⁶ Hier kan tegenin gebracht worden dat een scheiding tussen structuur en handelen niet erg in de lijn ligt van Giddens. Menselijk handelen en structuren veronderstellen immers elkaar. De scheiding is echter niet strikt en slechts aangebracht om de reproductie van condities en de reproductie van competenties *ook* apart te kunnen analyseren. In hoofdstuk 5 en 7 worden bovendien de interacties tussen condities en competenties beschreven bij de bespreking van de reproductie van de vertrouwen en initiatief, de tegenhanger van zorgvermijding en zorgverlamming.

Alhoewel er op empirie gebaseerde voorbeelden worden aangehaald is het betoog hoofdzakelijk gebaseerd op bronnenonderzoek en heeft dit hoofdstuk een essayistisch karakter. Er heeft een logische toetsing van het betoog plaatsgevonden door de premissen ervan om te keren: welke condities vormen een voldoende of zelfs een noodzakelijke voorwaarde voor het produceren van vertrouwen en initiatief? Ook zijn verschillende bestuurders, leidinggevende, coördinatoren van lokale zorgnetwerken en ervaren hulpverleners gevraagd om te beoordelen of de opsomming van condities uitputtend is. Dit heb ik gedaan door de concept tekst van dit hoofdstuk herhaald voor te leggen aan deze actoren. Hier ben ik mee doorgegaan totdat zich geen nieuwe condities aandienden. De beschrijving van de condities laat een institutionalisering zien van structuren in de OGGz. Dit proces van institutionalisering is niet alleen geanalyseerd met behulp van Giddens' structuratietheorie maar ook met behulp van MacIntyre's moraaltheorie⁸⁷. Deze theorie en de reden waarom hij gebruikt is wordt uitgelegd in paragraaf 3.8.

Allereerst worden nu onderdelen beschreven van Giddens' structuratietheorie. Vervolgens worden zes structuren beschreven die een rol spelen in het terugdringen van zorgverlamming en zorgvermijding, deze zijn: (1) de mogelijkheden voor het signaleren en melden van overlast en zorg, (2) afspraken en de borging ervan, (3) de aan- of afwezigheid van een lokaal zorgnetwerk, (4) de deelnamestructuur ervan, (5) de mogelijkheden voor registratie en (6) een moreel kader⁸⁸. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een opsomming van condities die van belang zijn voor het terugdringen ervan alsmede een beschrijving van constitutieve vaardigheden die het reproduceren van deze condities mogelijk maken. Deze constitutieve vaardigheden zijn dus andere vaardigheden dan die onderdeel uitmaken van de hulpverlening zelf.

3.2 Giddens: over structuren, omstandigheden en hulpbronnen

Waar de staande organisaties die de omgeving vormen van de OGGz gebukt gaan onder drempels, (contra)indicaties, protocollen en verzakelijking, lijkt de OGGz zelf het tegendeel;

⁸⁷ MacIntyre, A. *After Virtue*. Duckworth: London, 1985

⁸⁸ Schout, G. *Een monitor voor de OGGz, een hulpmiddel voor de gemeente*. In: Lohuis, G. & L. Polstra. De vele gezichten van een gedeelde werkelijkheid. Utrecht: SWP, 2003. Zie ook: Schout, G. Stop de zorgverlamming. G - *Vakblad voor gezondheid en maatschappij* nr. 1, p30 - 31, 2004

een soort vrijplaats⁸⁹ voor professionals. Er zijn geen drempels, er zijn nauwelijks richtlijnen, voorschriften of functieomschrijvingen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) constateert dat er 'nauwelijks protocollen zijn voor deze netwerken, en dat taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden, onhelder zijn' (p17) ⁹⁰. De IGZ wijst er op dat zelfs de financiering van deze zorgsoort voortdurend onzeker is. In een recent rapport van de IGZ⁹¹ over de Openbare Gezondheidszorg (OGZ, de OGGz valt formeel onder de OGZ) wordt dit beeld herbevestigd en aangevuld met nog andere conclusies: het ontbreekt aan een uniforme werkwijze in de OGGz, de kwetsbare groepen zijn nog te weinig in beeld, de relatie tussen epidemiologie en de OGGz is nog zwak. De IGZ verwacht echter verbeteringen als de gemeenten onder de nieuwe Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) mogelijkheden krijgen om de OGGz af te stemmen op de maatschappelijke opvang en op de geestelijke gezondheidszorg. Wel kunnen er grote verschillen ontstaan in de invulling van de OGGz, die niet gebaseerd zijn op verschillen in lokale epidemiologie of gezondheidsproblemen (p49 e.v.).

Deze vrijplaats biedt niettemin mogelijkheden om initiatieven te ontplooiën voor professionals die de beweeglijkheid en onzekerheid die verbonden zijn met dit werkveld aankunnen. In het inspectierapport wordt bijvoorbeeld beschreven dat professionals in de OGGz een zogenaamd '06 netwerk' creëren en zo in de termen van Giddens 'hulpbronnen organiseren'. In de OGGz zien we dat de structuur van de samenwerking, die zijn beslag krijgt in de formulering en ondertekening van convenanten, in het al dan niet opzetten van meldpunten, het formaliseren van netwerken en het toewijzen van hulpverleners aan netwerken, het ontwikkelen en doorvoeren van een cliëntvolgsysteem, sterk in beweging is. Maar ook dat dergelijke formele structuren in voorkomende gevallen niet eens bestaan, en dat er toch sprake lijkt van doeltreffende hulpverlening aan sociaal kwetsbare mensen. Een voorbeeld.

Exempla 2

In een dorp in het noorden van Nederland vergadert de plaatselijke huisarts met de wijkverpleegkundige en de maatschappelijk werkster in de kantine van de voetbalvereniging. Af en toe schuiven andere professionals aan zoals functionarissen van de politie of woningbouw. Samen bespreken ze de zorg voor cliënten en gezinnen

⁸⁹ De term vrijplaats keert nog verschillende keren terug in deze dissertatie. Deze is ook terug te vinden in het werk van Brohm. Ook hij merkt op dat professionals plaatsen creëren waar ze (even) weg zijn van dwingende voorschriften en beperkte handelingsruimte. Zie: p2 Brohm, R. *Polycentric Order in Organisations*, ERIM: Rotterdam, 2005

⁹⁰ Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Deelrapport 'Van overlastbestrijding naar bemoeizorg; een onderzoek naar de kwaliteit van de ketenzorg voor zorgwekkende zorgmijders'. 2003

⁹¹ Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Deelrapport 'De professionele uitvoering van de openbare gezondheidszorg is nog niet goed genoeg. Resultaten van het toezicht in 2003 - 2004 bij GGD'en en het toezicht bij de Jeugdgezondheidszorg 0- 4 jarigen', 2005

waar afstemming van zorg nodig is. Zorg voor sociaal kwetsbare mensen, ook het ongevraagd bieden van hulp of onaangekondigd even informeren hoe het gaat, is vanzelfsprekend.⁹²

Einde

Mogelijk heeft geen van de deelnemers in dit voorbeeld ooit van de term OGGz gehoord, laat staan dat er een convenant is ondertekend of dat er zoiets is als een registratiesysteem of een Meldpunt Zorg & Overlast. Men kent de kwetsbare bewoners van het gebied, inclusief hun levensloop en de voortekenen van terugval die zich daarin voordoen. Er zijn, afgezien van enkele vaste vergadertijden, een vergaderruimte, drie vaste deelnemers en enkele frequente gasten, geen formele structuren. Het zorgsysteem is weliswaar kwetsbaar – er hoeft maar één actor uit te vallen en het systeem komt onder druk te staan – maar we mogen aannemen dat de afstemming van zorg voor sociaal kwetsbare mensen doeltreffend is. De zorgverlening lijkt te drijven op vertrouwen dat anderen voldoen aan de verwachtingen, op ongeschreven regels, op routine en op het aanboren van natuurlijke hulpbronnen. Giddens ziet deze informele⁹³ structuren niettemin als uitermate krachtig. De volgende afbeelding van Giddens wijst hierop.

Intensief	:	stilzwijgend	:	informeel	:	zwakke sancties
Oppervlakkig	:	discursief	:	formeel	:	sterke sancties

Afbeelding 3.1 Giddens, 1984, p22

Giddens wijst erop dat structuren slechts bestaan op het moment dat ze in interactie worden geactualiseerd (p185 e.v.)⁹⁴. Hij ziet structuren als tweezijdig, waarmee hij bedoelt dat de sociale structuur zowel geconstitueerd (= gevormd) wordt door mensen (human agency) en tegelijkertijd ook het medium is van deze constitutie. In een andere publicatie⁹⁵ voegt Giddens er bovendien aan toe dat de sociale orde door competente actoren wordt geconstitueerd. Een citaat:

⁹² Dit voorbeeld is naar voren gebracht in één van de leertrajecten in Friesland.

⁹³ Giddens gebruikt het woord ‘informeel’ niet. Hij duidt deze structuren aan als ‘tacit’, wellicht het beste te vertalen als stilzwijgend.

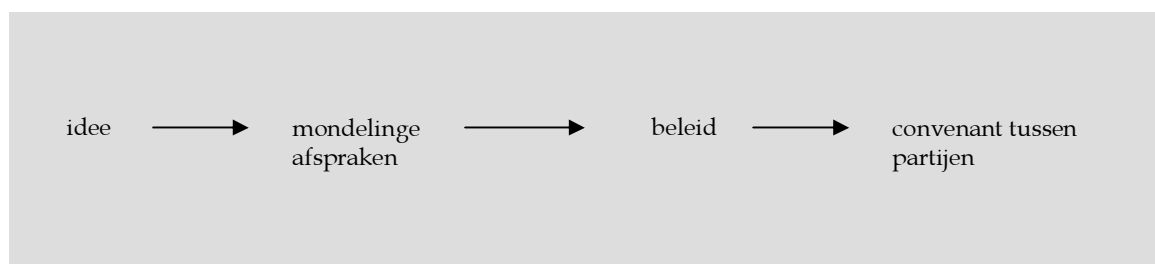
⁹⁴ Giddens, A.. *The constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration*. Polity Press:Oxford, 1984

⁹⁵ Giddens, A. *New Rules of Sociological Method*. Second Edition. Polity Press: Cambridge, 1993

The production of society is brought about by the active constituting skills of its members, but draws upon resources, and depends upon conditions, of which they are unaware or which they perceive only dimly (p165).

Voor de vraagstelling van deze dissertatie is dit een belangrijke notie. Deze notie wijst er op dat de sociale orde niet opgevat moet worden als mechanisch, als een van te voren geprepareerde wereld, maar dat structuren geconstrueerd worden en door interactie veranderen, maar ook dat condities en hulpbronnen de constructie ervan mogelijk maken. Actoren beschikken over macht en hulpbronnen om sociale praktijken te reproduceren maar ook om verandering van structuren op gang te brengen. Sociale systemen leiden geen bestaan buiten de actoren, systemen hebben ook geen eigen behoeften. De ‘verstoffelijking’⁹⁶ van sociale systemen is in de ogen van Giddens dan ook niet mogelijk. We laten dit zien aan de hand van voorbeelden waarin actoren structuren creëren die steun geven voor het handelen.

Praktijkproblemen of ideeën over de praktijkvoering in de OGGz kunnen leiden tot mondelinge afspraken tussen professionals. Soms is het nodig dat deze afspraken geformaliseerd worden en onderdeel worden van een beleid waar bestuurders of leidinggevendenden zich over uitspreken. Nog weer later kan dit de gedaante aannemen van een samenwerkingsovereenkomst of een convenant tussen partijen. Aan het modelconvenant voor de OGGz in Nederland is een dergelijk institutionaliseringproces vooraf gegaan. Deze processen van borging en bestendiging, of in termen van Giddens de institutionalisering van structuren, vormen de condities waarbinnen het handelen van professionals kan slagen of mislukken.



⁹⁶ Giddens gebruikt het woord ‘reification’, in het Nederlands verstoffelijking; stolling, fixatie, een vaste vorm aan nemend. Zie Giddens 1984: p25-26; p179-180.

Gewapend met deze zienswijze van Giddens gaan we de OGGz analyseren als de reproductie van een sociaal systeem. De condities die van belang zijn voor het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming bespreken we nu aan de hand van zes structuren.

3.3 Meldstructuur

Als burgers niet weten waar ze overlast of hun zorgen over medeburgers kunnen melden, of als hulpverleners geen contact hebben met bewoners en sleutelfiguren in de woonwijken, dan kunnen aanwijzingen voor verkommering en verloedering lang onopgemerkt blijven. Hulpverleners kunnen nog zo competente bemoeizorgers zijn, als ze niet weten waar ‘underserved groups’ te vinden zijn of als voorzieningen ver afstaan van de lokale bevolking, dan komt noodzakelijk hulp niet van de grond. Het project ‘Mijn buurman is gek’ laat goed zien hoe dit mechanisme in zijn werk gaat bij de integratie van mensen met een psychiatrische achtergrond in een Groningse woonwijk⁹⁷. In het projectverslag wordt een incident beschreven waarbij bewoners melding maakten van een ernstige psychiatrische crisis in hun woonwijk en waarbij ze van het kastje naar de muur gestuurd werden. Ze voelden zich in de steek gelaten en drongen in een later stadium – toen de crisis al uit de hand gelopen was – aan op een gedwongen opname. Het verslag laat zien dat hulpverleners op hun beurt niet graag afreizen naar een woonbuurt die vol verwijten zit naar de voorzieningen, omgekeerd durven bewoners zich niet in te laten met kwetsbare burens als ze de hulpverlening als afstandelijk ervaren. Uit deze en andere voorbeelden valt op te maken dat de bereidheid om te signaleren en de bereidheid om zich in te laten met sociaal kwetsbare mensen sterk afhankelijk is van de afstand tussen voorzieningen en burgerij en de mate waarin lokale bevolking serieus genomen wordt.

Het signaleren en melden van zorg en overlast heeft in Nederland verschillende formele verschijningsvormen. De eerste vorm is een meldpunt dat zowel door burgers als hulpverleners benaderd kan worden. De mate van bekendheid van het meldpunt bij zowel burgers en hulpverleners bepaalt deels het aantal meldingen. Wanneer er gericht bekendheid wordt gegeven aan een dergelijk meldpunt kan dat een groot aantal meldingen opleveren, soms zelfs zoveel dat netwerken overspoeld worden. De tweede vorm is een meldpunt dat alleen voor meldingen van hulpverleners openstaat. Meldpunten zoals deze hebben een formeel karakter en wordt bemand door een meldpuntfunctionaris die de

⁹⁷ Zie: Schilperoort, R. & C. Dijkslag. *Mijn buurman is gek*, *Passage jrg. V nr. 3*, 1996. Zie ook: GGZ Groningen. *Mijn buurman is gek. Buurtgenoten met een psychiatrische handicap*. Afdeling Preventie, 2001. En zie het onderzoeksrapport van Til, W. van der & K. Mastoorik. *Tot op zekere hoogte*. RUG/St.. GGZ Groningen, 1997

meldingen aanneemt, registreert en doorsluis naar een lokaal zorgnetwerk. Een derde vorm is het melden via sleutelfiguren of schakels. Vooral in kleinere gemeenten op het platteland ontbreken formele meldpunten en wordt er via sleutelfiguren uit de lokale gemeenschap melding gemaakt van overlast of van zorg. In deze kleinere gemeenten zijn sleutelfiguren zoals huisartsen, wijkagenten of wijkbeheerders vaak goed bekend bij zowel de burgers als bij de hulpverleningsinstellingen. Zij zijn als het ware schakels tussen burgerij en hulpverleningsinstellingen en zijn daarmee een soort informeel meldpunt. In de laatste vorm zijn er geen structuren voor het melden van OGGz problematiek, of het is voor burgers en hulpverleners onduidelijk waar ze hun zorgen of klachten kunnen melden (zie tabel 3.2).

Meldpunt voor burgers en hulpverleners	Melden via sleutelfiguren of schakels
Meldpunt voor hulpverleners	Geen mogelijkheden om te melden

Tabel 3.2: Vier modaliteiten voor melding van OGGz problematiek

Overigens moet gezegd worden dat de betekenis van formele meldpunten terugloopt als woonbuurten ernstig verloederen. Bewoners lijken dan, analoog aan de analyse over anomie in hoofdstuk twee, het vertrouwen in de voorzieningen kwijt te zijn. Als een te groot aantal bewoners het idee heeft dat ‘het toch allemaal niet helpt’, dan neemt het aantal meldingen bij een meldpunt af terwijl de problemen juist toenemen⁹⁸. Met andere woorden; formele meldpunten werken alleen als er vertrouwen is in voorzieningen. Een meldpunt is immers ook een voorziening. Op een aantal plaatsen in Nederland is mede daarom besloten tot een onorthodoxe aanpak met zogenaamde interventieteams die huis aan huis aanbellen om hulp te beïden en normoverschrijdend gedrag te corrigeren; een vorm van actief op zoek gaan naar meldingen⁹⁹.

Niet alleen de modaliteiten voor meldingen verschillen, maar ook de aard van de meldingen waarvoor meldpunten ontstaan verschillen. Er zijn meldpunten waar voornamelijk

⁹⁸ Polstra, L & G. Schout. *Huis aan huis. Evaluatie van de Interventieteams Beijum-Oost*. SoZaWe: Groningen, 2006

⁹⁹ Muijen, M. van & J. Kriens. *Interventieteams: een blik achter de voordeur*. Notitie & vragen rondom interventieteams. Gemeente Rotterdam, 2003.

woonoverlast gemeld kan worden. Maar er zijn ook meldpunten waar naast woonoverlast ook signalen van vereenzaming, huiselijke geweld, ouderenmishandeling, kunnen worden gemeld. De mate van synergie komt ook terug in de analyse van de deelnamestructuur.

De bespreking van deze eerste structuur levert twee condities op die nodig zijn voor het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming:

- Geringe afstand tussen burgers en voorzieningen.
- Mogelijkheden voor burgers om signalen van zorg of overlast te melden.

3.4 Aan- of afwezigheid van een lokaal zorgnetwerk

Worden signalen van verkommering of overlast wel opgevangen maar is er geen hulpverleningsnetwerk, dan raken meldpunten – als die er al zijn – verstopt, of haken burgers af omdat er niets met hun signalen gedaan wordt. Als er geen lokaal zorgnetwerk is om integrale hulp te bespreken en op elkaar af te stemmen, dan kan met name robuuste hulp, zoals drang¹⁰⁰, niet georganiseerd worden. Zonder een dergelijk netwerk lopen hulpverleners vast in de instellingsoverstijgende zorg die OGGz-cliënten nodig hebben¹⁰¹.

In 2001 / 2002 is er in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) onderzoek gedaan door Bransen e.a. naar samenwerkingsprojecten voor sociaal kwetsbare mensen binnen de OGGz¹⁰². In dit onderzoek is er een inventarisatie gemaakt van alle samenwerkingsprojecten in de 43 centrumgemeenten in Nederland. In totaal werden er 256 projecten gevonden. Uiteindelijk waren er 179 projecten die aan de criteria voldeden en in de analyse werden meegenomen, 77 projecten vielen om verschillende redenen uit. De 179 projecten bleken naar doelstelling in te delen in drie typen:

- 122 projecten hadden een gecombineerde doelstelling, namelijk het inventariseren van meldingen en signaleren en het bieden van hulpverlening, zogenaamde combiprojecten;
- 36 projecten richtten zich uitsluitend op het bieden van hulpverlening, zogenaamde hulpverleningsprojecten;

¹⁰⁰ Met drang wordt bedoeld dat mensen keuzen opgelegd krijgen om hen zo te bewegen om mee te werken aan het terugdringen van overlast. In hoofdstuk vijf wordt hier dieper op ingegaan. Zie het rapport: Raad voor Volksgezondheid en Zorg, *Beter (z)onder dwang?* Zoetermeer, 1997.

¹⁰¹ Schout, G. *Aard, omvang en kwaliteit van de OGGz in Drenthe*. Vereniging Drentse Gemeenten: Westerbork, 2003

¹⁰² Bransen e.a.: 2002

- 21 projecten richtten zich uitsluitend op het inventariseren van meldingen en het doorverwijzen van sociaal kwetsbare mensen, zogenaamde meldprojecten.

Het blijkt dat iets minder dan de helft (48%) van alle projecten als doelgroep sociaal kwetsbare mensen had. Bij 58% van de projecten was er sprake van specifieke subgroepen van sociaal kwetsbare mensen, zoals dak- en thuislozen, mensen met psychische problematiek, mensen met verslavingsproblematiek, mensen met dubbele diagnose en multiprobleemgezinnen. De hulpverleningsprojecten bleken zich significant vaker te richten op specifieke subgroepen. De meest frequent deelnemende organisaties aan OGGz-projecten zijn de GGz (91%) en verslavingszorg (79%), GGD (79%), politie en justitie (78%) en de gemeente (73%). Overige deelnemers zijn de woningbouwcorporaties (70%), de maatschappelijke opvang (70%) en het algemeen maatschappelijke werk (61%). Hierbij is er een duidelijk verschil in de rol die de GGD en politie en justitie innemen bij de aard van de OGGz-projecten. De GGD en de politie komen vooral voor bij meldprojecten en projecten met een gecombineerde doelstelling, maar in mindere mate bij hulpverleningsprojecten.

De frequente deelname van woningbouwcorporaties aan lokale zorgnetwerken en de vindplaats die zij zijn voor OGGz cliënten zou een plaats rechtvaardigen in de lijst van kernpartners in de OGGz (zie bijlage 1). Dit geldt ook voor voorzieningen als de sociale diensten en het opbouwwerk. Toch ontbreken ze in het overzicht.

Een studie van Benthem gaat in op de voor en nadelen die verbonden zijn aan combinatieprojecten¹⁰³. Zij onderscheidt twee uitersten: het lokale zorgnetwerk gaat na een melding op huisbezoek, inventariseert de problematiek en verwijst zo snel mogelijk door naar een instelling. Het netwerk bestaat alleen uit hulpverleners, dienstverleners van woningbouw en politie maken geen deel uit van het netwerk. Het andere uiterste is dat het lokale zorgnetwerk zichzelf ziet en gezien wordt door andere actoren, als een netwerk dat integrale hulp biedt en dat cliënten zelf behandelt, begeleidt en in beeld houdt. Het netwerk bestaat uit professionals die afkomstig zijn uit de sectoren zorg, welzijn, wonen en veiligheid. Als de kluwenproblematiek van de cliënten gesaneerd is worden de cliënten doorverwezen naar een instelling die deskundig is op het terrein van de problematiek die is komen bovendrijven als de 'hoofdproblematiek'. Beide modaliteiten hebben volgens Benthem voor- en nadelen.

De eerste modaliteit heeft als nadeel dat, doordat cliënten snel doorverwezen worden, ze vaak niet 'aankomen' bij de instelling waarnaar ze verwezen zijn. Voordeel is dat betrokken

¹⁰³ Benthem, P. *Train de trainer in de OGGz*. Doctoraalscriptie Rijksuniversiteit Groningen, 2004

instellingen in staat worden gesteld om zelf bedreven te blijven in het saneren van kluwenproblemen. De tweede modaliteit heeft als voordeel dat er eerst gewerkt kan worden aan de motivatie voor het aannemen van hulp, maar heeft als nadeel dat het lokale zorgnetwerk ‘volloopt’ met cliënten. Hulpverleningsinstellingen waarnaar verwezen wordt krijgen te maken met cliënten bij wie de kluwenproblematiek al gesaneerd is en die ‘past’ bij de instelling. Een mismatch tussen cliënt en hulpverleners komt daardoor minder voor. In de tweede modaliteit worden instellingen als het ware gedrongen in de positie die lijkt op die van een tweede lijns instelling; gesaneerde problematiek, die past bij de instelling, op geleide van doorverwijzing. De natuurlijke betrokkenheid van maatschappelijke instellingen met de doelgroep, door het zelf signaleren van terugval en door het zelf in beeld houden van blijvend kwetsbare mensen, wordt hierdoor bemoeilijkt¹⁰⁴.

De aanwezigheid van een lokaal zorgnetwerk is ook om een andere reden van belang. De woningbouwcorporaties, de politie en de sociale diensten blijken vindplaatsen te zijn van OGGz cliënten. De programma-evaluaties die we de afgelopen zes jaar in het Noorden van Nederland hebben gedaan laten zien dat veruit de meeste meldingen van zorg of overlast afkomstig zijn van voorzieningen en niet van burgers. Woonconsulenten, politiemensen en bijstandsmaatschappelijk werkers komen in hun werk mensen tegen om wie ze zich zorgen maken of vangen signalen op van verloedering, verkommering of overlast. In lokale zorgnetwerken kunnen deze signalen en acties van hulpverleners aan elkaar geknoopt worden.

De bespreking van deze tweede structuur levert twee condities op die nodig zijn voor het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming:

- De aanwezigheid van een lokaal zorgnetwerk waar signalen en acties verbonden kunnen worden.
- Natuurlijke betrokkenheid van voorzieningen bij de doelgroep.

3.5 Afspraken en convenanten

Als er geen toewijzing is van uren aan professionals om in lokale zorgnetwerken deel te nemen, dan kan het samenwerken verzanden door gebrek van ‘back up’ vanuit de

¹⁰⁴ Deze laatste conclusie is ontleend aan een programma-evaluatie van de OGGz in de gemeente Groningen. Zie: Polstra, L & Schout, G. *Gezamenlijke zorg voor kwetsbare mensen. Een Evaluatie van het Groningse OGGz convenant*. SoZaWe: Bureau Onderzoek, 2005

organisaties. Als afspraken of intenties niet geformaliseerd zijn in de vorm van een samenwerkingsovereenkomst of convenant tussen maatschappelijke instellingen in een regio, dan kan de samenwerking verwateren of vrijblijvend worden. In 2000 is er door het SGBO (het onderzoeksbureau van de Vereniging van Nederlands Gemeenten, VNG) een inventariserend onderzoek gedaan naar de stand van zaken van het OGGz-beleid in gemeenten¹⁰⁵. Dit onderzoek was opgezet naar aanleiding van het in 1999 ondertekend convenant, dat als impuls diende voor het formuleren van OGGz-beleid op regionaal of lokaal niveau. In dit onderzoek kwam naar voren dat eind 2000, 91% van de gemeenten in Nederland nog geen OGGz-convenant had ondertekend. Van deze gemeenten had driekwart, vooral de kleinere gemeenten, ook geen plannen om een convenant te ondertekenen omdat dit geen prioriteit had. Ruim eenderde van de gemeenten bleek wel een samenwerkingsverband of platform te hebben dat op regionaal niveau de verantwoordelijkheden voor de OGGz gestalte gaf. Ongeveer de helft van de gemeenten gaf aan dat er op het gebied van de acute zorg c.q. crisisinterventie, bemoeizorg en dak- en thuislozen, activiteiten plaats vonden.

De bespreking van deze derde structuur levert één conditie op die nodig is voor het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming:

- De borging van intenties in afspraken, convenanten en samenwerkingsovereenkomsten.

3.6 Registratie

Zonder registratie en toewijzing van cliënten aan een zorgcoördinator of casemanager is het moeilijk om cliënten die blijvend kwetsbaar zijn in beeld te houden en voortekenen van terugval systematisch op te pikken¹⁰⁶. Het onderzoek van Bransen e.a. laat zien dat van de 179 projecten die in de centrumgemeenten van Nederland onderzocht zijn, 79% beschikt over een registratiesysteem. Gelet op de kluwenproblematiek van OGGz cliënten bestaat bij verschillende organisaties als GGD Nederland en de Federatie Opvang de wens om te komen tot een inter-institutioneel registratiesysteem¹⁰⁷. Voorstelbaar is dat zorgvermijding en

¹⁰⁵ Mulder, F. & K. Smeets. *Versterking OGGZ-beleid in gemeenten. Een gemeentelijk perspectief*. VNG: 's-Gravenhage, 2001

¹⁰⁶ Schout, 2004

¹⁰⁷ GGD Nederland, Federatie Opvang, NIZW, KTN. *Samenwerking of kiezen en samen doen? Succesfactoren en kwaliteitsindicatoren voor ketenzorg daklozen*. Utrecht, februari 2006

zorgverlamming veel beter kunnen worden teruggedrongen als alle betrokken voorzieningen snel op de hoogte zijn als een cliënt bijvoorbeeld niet op komt dagen, zich niet aan afspraken houdt, op verschillende plaatsen dezelfde diensten vraagt (shoppen). De bespreking van deze vierde structuur levert één conditie op die nodig is voor het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming:

- De registratie van cliëntgegevens.

3.7 De deelnamestructuur

De Schotse onderzoekster Huxham wijst op de beweeglijkheid van de deelnamestructuur van interorganisationale netwerken¹⁰⁸. Zij stelt dat het doel van de samenwerking dicteert welke deelnemers er nodig zijn. De doelen in de samenwerking veranderen snel onder invloed van bereikte resultaten. Nieuwe deelnemers op hun beurt hebben zelf weer invloed op het doel van de samenwerking. Bovendien is de omgeving van netwerken in beweging omdat het beleid in de instelling of de samenleving als geheel, aan verandering onderhevig is. Hierdoor kan het netwerk een duiventil worden; een komen en gaan van doelstellingen, werkplannen en mensen. Het begrip deelnamestructuur verwijst naar dit institutionaliseringsproces van doelen, plannen en mensen. In de praktijk van de OGGz komen, onder invloed van compromissen en het bijstellen van verwachtingen, sterke wisselingen van deelnemers en doelstellingen na verloop van tijd tot vertraging. Wisseling van doelstelling en deelnemers gaat dan geleidelijk. Het bouwen aan vertrouwen in een netwerk is volgens Huxham een breekbaar proces dat snel wordt gefrustreerd als bijvoorbeeld één van de deelnemers of deelnemende organisaties vertrekt, of als de opdracht aan het netwerk verandert, of als bepaalde doelen onhaalbaar blijken. Bewustzijn van deze breekbaarheid en aandacht voor het proces van samenwerken is volgens haar cruciaal. We gaan nu de deelnamestructuur van lokale zorgnetwerken in de OGGz bekijken met deze bril op.

De OGGz kent overlap met verschillende aanpalende beleidsterreinen als: tweedekans beleid (woonoverlast), huiselijk geweld, jeugdzorg, maatschappelijk opvang,

¹⁰⁸ Huxham, C. Theorizing Collaboration Practice. *Public Management Review*. Vol. 5 Issue 3, p401-423, 2003

schuldhulpverlening en integrale veiligheidszorg¹⁰⁹. De deelnamestructuur van lokale zorgnetwerken wordt mede bepaald door de mate van synergie die wordt nagestreefd tussen de OGGz en deze aanpalende beleidsterreinen. Sommige lokale zorgnetwerken houden zich bezig met een omliggende doelgroep, bijvoorbeeld alleen zorg voor zorgwekkende zorgmijders (minimale synergie). Andere netwerken richten zich op een integrale aanpak voor bijvoorbeeld jeugd, volwassenen, ouderen, multiprobleem gezinnen, huiselijk geweld¹¹⁰, illegale asielzoekers, straatprostituees en zorgwekkende zorgmijders (maximale synergie). Opnieuw hebben beide modaliteiten voor- en nadelen. Maximale synergie heeft als voordeel dat de adressen in de gemeente waar zich een opstapeling van problemen voordoet, gemakkelijk in beeld komen. De betrokken hulpverleners kunnen de hulp efficiënt in het netwerk op elkaar afstemmen. Huiselijk geweld, verslaving, pedagogische problemen, problemen met uitkeringen komen vaak samen voor. Voor de hulp aan multiprobleem gezinnen heeft deze synergie grote coördinatievoordelen. Maximale synergie heeft echter als nadeel dat er een groot aantal hulpverleners rond de tafel zit en dat een deel van hen verhalen over cases moet aanhoren waarbij ze zelf niet betrokken zijn. De slagkracht van het lokale zorgnetwerk kan afnemen door de omvang van het gezelschap. Dit probleem kan enigszins worden teruggedrongen door een efficiënte organisatie. Hierbij moet gedacht worden aan: het opdelen van het netwerk in een kern en schil; een vaste vergadermiddag met een overlap voor verschillende doelgroepen; een maandelijks terugkerende doelgroep zoals Huiselijk Geweld op de agenda; en het organiseren van zorgconferenties met alleen de direct betrokken hulpverleners. Toch kan een efficiënte werkorganisatie soms niet afdoende zijn. In de gemeente Hoogezand-Sappemeer is bijvoorbeeld onlangs besloten om een nieuw OGGz netwerk Jeugd op te zetten. Het groeiende aantal actoren aan de vergadertafel en de behoefte aan meer slagkracht hebben er toe geleid dat een deelnamestructuur met een maximale synergie verlaten is voor een opdeling in twee netwerken; één voor jeugd en één voor volwassenen¹¹¹. Om het aantal actoren aan de vergadertafel te verkleinen en slagkracht te herwinnen is ook voorstelbaar dat er gekozen wordt voor het splitsen van het verzorgingsgebied in deelgebieden. De brede focus (maximale synergie) blijft behouden,

¹⁰⁹ De cirkel doorbroken, regiovisie maatschappelijke opvang en vrouwenopvang in Groningen, OCSW: Gemeente Groningen, 2002

¹¹⁰ Op het Ministerie van Justitie wordt nagedacht over mogelijkheden om projecten die gericht zijn op het terugdringen van huiselijk geweld te laten integreren met de OGGz. Zie: Min.v.Justitie. Privé Geweld – Publieke Zaak. Voortgangsbericht over de aanpak van huiselijk geweld. Den Haag, 2003

¹¹¹ Schout, G. *Eindrapport Bestrijden en voorkomen van woonoverlast in de gemeente Hoogezand-Sappemeer*. Gemeente Hoogezand-Sappemeer / OvZO, 2004

maar het aandachtsgebied wordt getalsmatig verkleind, er ontstaan meerdere lokale zorgnetwerken die voor een kleiner gebied werken.

Het onderzoek van Brandsen e.a., Benthem, SGBO en Schout¹¹² maken aannemelijk dat de deelnamestructuur van lokale zorgnetwerken sterk in beweging is. In het eerste stadium worden lokale zorgnetwerken opgezet. Naar aanleiding van specifieke overlastsituaties komen hulpverleners van verschillende instellingen bij elkaar om kluwenproblematiek te bespreken. Dit overleg is vaak informeel opgezet en beperkt zich soms tot alleen telefonisch contact. Door de jaren heen komt dit steeds vaker voor en institutionaliseert het overleg. Men komt er achter dat zonder geformaliseerd lokaal zorgnetwerk, samenwerking tussen instellingen niet goed mogelijk is en dat hulpverleners vastlopen in de instellingsoverstijgende zorg die OGGz-cliënten nodig hebben. Naast het zorgnetwerk wordt vaak ook een beleidsgericht netwerk opgezet waarin bestuurders en leidinggevenden zich bezighouden met het scheppen van (rand)voorwaarden en het formuleren van beleid.

In het tweede stadium worden gewerkt aan het opzetten van een Meldpunt (Zorg & Overlast). Zonder een vorm van melden is het moeilijk om signalen van mensen die verkommeren of ontsporen op te vangen. Worden deze signalen wel opgevangen, maar is er geen geformaliseerd zorgnetwerk dan raakt het meldpunt verstopt en kan men de cliënten niet verder helpen. In dit stadium, maar soms ook daarvoor, groeit de wens om de samenwerking te regelen in een convenant. Gemeentelijke, regionale en provinciale convenanten waarin instellingen zich conformeren aan samenwerking in de OGGz kunnen helpen om een einde te maken aan vrijblijvendheid.

In het derde stadium van de ontwikkelingslijn komt de aandacht meer te liggen op professionalisering. Vaak blijkt dat de samenwerking in het lokale zorgnetwerk lastig is. De hulp- en dienstverleners spreken niet dezelfde taal en hebben niet vanzelfsprekend dezelfde belangen. Ook komt naar voren dat het werken in de OGGz met een vaak moeilijk bereikbare doelgroep vraagt om nieuwe vaardigheden. Outreachend werken is geen vanzelfsprekendheid. Zonder scholing en training is het lokale zorgnetwerk vaak niet in staat om cliënten die dat nodig hebben, robuuste hulp te bieden in de vorm van ongevraagde hulp, bemoeizorg en drang.

In het vierde stadium wordt de roep om overzicht en afstemming groter. Er komt behoefte aan registratie, monitoring en coördinatie. Vaak blijkt dat een deel van OGGz doelgroep telkens opnieuw in de problemen komt en eigenlijk in beeld moet blijven. Zonder registratie

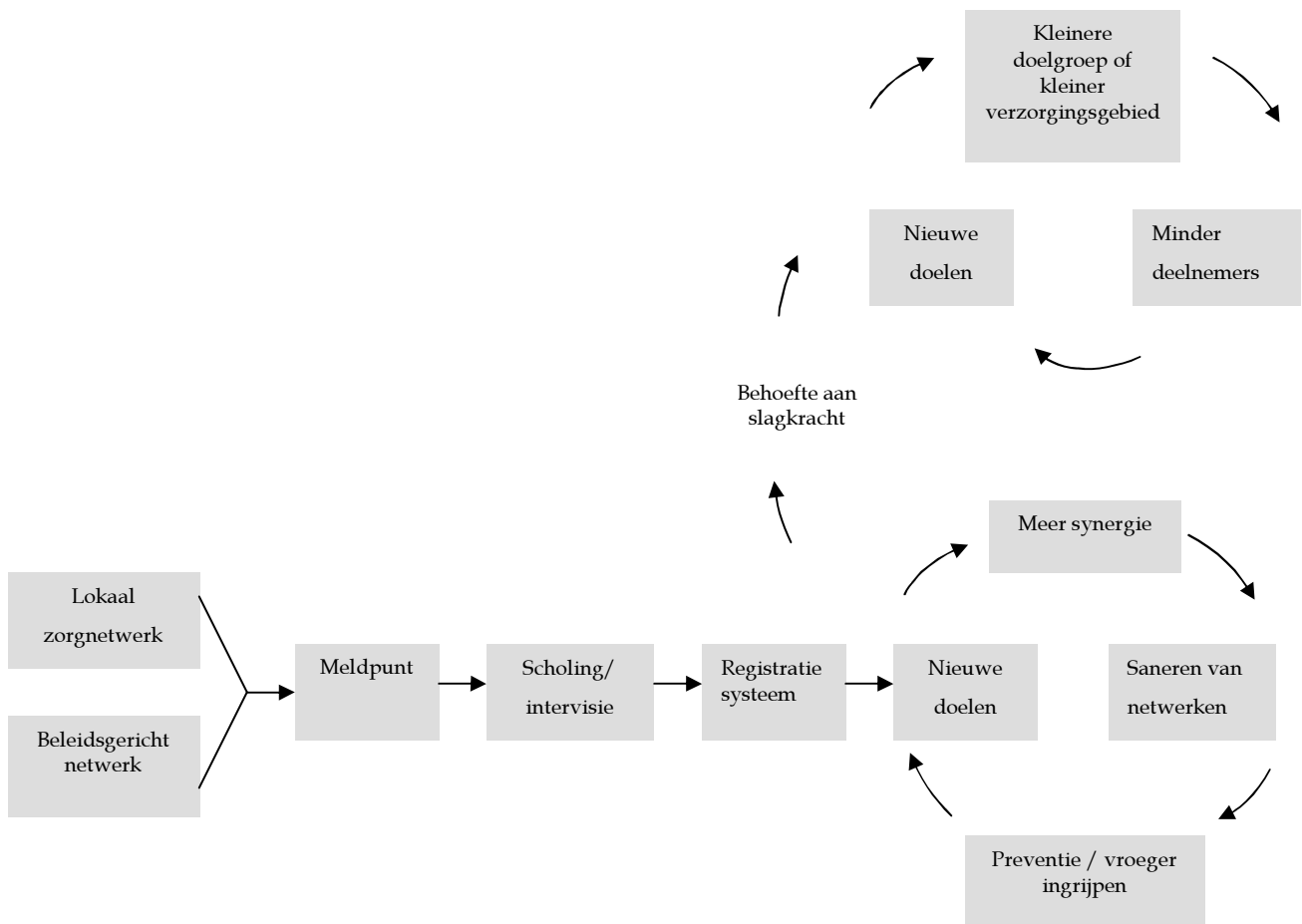
¹¹² Schout, 2003; 2004

en toewijzing van cliënten aan een zorgcoördinator is het moeilijk om cliënten die blijvend kwetsbaar zijn in beeld te houden en voortekenen van terugval systematisch op te pikken. In verschillende delen van Nederland gaan voorzieningen over tot het opzetten van cliëntvolgsystemen. Naast het overzicht van het hulpverleningsproces wordt ook de roep om overzicht van andere OGGz gerelateerde initiatieven groter. De betrokken voorzieningen gaan over tot het maken van een sociale kaart van de regio. Dan blijkt dat er vele initiatieven zijn, die elkaar deels overlappen en waarbij partijen van elkaar vaak niet weten wat ze doen. Soms is het nodig dat concurrerende en overlappende initiatieven worden gesaneerd. Een voorbeeld hiervan is een hometeam waarin de huisarts samenwerkt met de thuiszorg en de GGZ en een sociaal team waarin het maatschappelijk werk samenwerkt met het opbouwwerk en het buurtbeheer, die zich - los van elkaar - met de dezelfde doelgroep bezighouden. In dit stadium gaat men verder over tot informatie-uitwisseling tussen organisaties onderling, maar ook tot informatie-uitwisseling binnen organisaties, tussen collega's, tussen afdelingen en tussen management en uitvoering. Uiteindelijk is afstemming ook op een ander niveau noodzakelijk, zoals bestuurlijke afstemming tussen de ketens van zorg, veiligheid, justitie en politie, jeugd, volwassenen en ouderen.

Een vijfde stadium lijkt zich aan te dienen als er bewust gewerkt wordt aan preventie. Zoals eerder is aangegeven in dit boek blijken veel sociaal kwetsbare mensen telkens weer terug te vallen in crisis. Vaak kunnen deze crisissen voorkomen worden door het tijdig oppikken van signalen dat het weer de verkeerde kant op gaat. Het voorkomen en dus eerder signaleren en ingrijpen bij kluwenproblematiek leidt tot een intensievere samenwerking en een betere afstemming in de OGGz. Eerder ingrijpen en signaleren wordt mogelijk als registratie en monitoring binnen alle organisaties beter op elkaar worden afgestemd en het bovendien duidelijk is waar men met signalen heen kan. Een hechte samenwerking tussen hulpverlening, politie en woningbouwcorporaties in de OGGz blijkt vruchtbaar. Zonder de woningbouwcorporaties kunnen huurschulden en de sociale problemen die daarom heen hangen niet op tijd worden gesignaleerd. De politie en vooral wijkagenten en jeugdagenten, kennen over het algemeen zowel een groot deel van de sociaal kwetsbare mensen als ook de sleutelfiguren in woonwijken. Voor het tijdig signaleren zijn ook zij onmisbaar.

In dit laatste stadium ontstaan allerlei op preventie gerichte initiatieven als woonkansbeleid, huurschuldenbeleid, voorwaardelijke hulpverlening, eerste kans wonen voor ex-clieñten van de GGZ, mentor of buddy projecten en dergelijke. De ontwikkelingslijn met zijn verschillende stadia kan weergegeven worden in een afbeelding. De ontwikkelingslijn zoals die in afbeelding 3.3 geschetst is, wordt op verschillende manieren doorlopen, soms worden

stadia overgeslagen, of is de volgorde anders, maar de beweeglijkheid is een constante factor.



Afbeelding 3.3: Ontwikkelingsstadia van de OGGz

In de deelnamestructuur blijkt de schaalgrootte van de OGGz ook een rol te spelen bij zorgvermijding en zorgverlamming. Als de OGGz een te groot verzorgingsgebied heeft is het niet goed mogelijk om cliënten in beeld te houden, en is het bovendien niet goed mogelijk om relaties te onderhouden met sleutelfiguren uit de voorzieningen en uit de lokale bevolking. Men kan elkaar eenvoudigweg niet kennen omdat het aantal sleutelfiguren en hulpverleners te groot is. Men vormt geen praktijk¹¹³ waarin de individuele doelen en de gezamenlijke doelen van de actoren een verknoopt raken en waarin een traditie wordt belichaamd. Centrumgemeenten waar dit speelt gaan vaak over tot een vorm van differentiatie waarbij een vangnetteam in het leven wordt geroepen dat OGGz-clieñten

¹¹³ Wat een praktijk precies is en hoe dit amalgaam van doelen en tradities in een praktijk gestalte krijgt wordt uitvoerig beschreven in paragraaf 3.7.

opspoort en doorgeleidt. Deze constructie met een doorgeleiding heeft een aantal nadelen: OGGz-cliënten laten zich niet gemakkelijk doorverwijzen, het versterkt de anomische houding die we in hoofdstuk twee beschreven (zie je wel: ze moeten me niet). De doorverwijzing wordt beleefd en uitgelegd als een afwijzing. De voorzieningen worden bovendien in een soort tweedelijns positie gedrongen en krijgen door anderen gesignaleerde en soms ook gesaneerde problematiek. De natuurlijke betrokkenheid waarbij voorzieningen sociaal kwetsbare mensen zelf in beeld houden, wordt er door belemmerd¹¹⁴. Ook in het recente G4 document 'Kwetsbaarheid in de grote stad' wordt betwijfeld of doorgeleidingsconstructies wel effectief zijn. Letterlijk:

De klassieke opvatting van OGGz als voordeur (preventie, signalering en toeleiding) en achterdeur (nazorg) voldoet niet – gaat er teveel vanuit dat de tussenliggende schakels vanzelf goed aansluiten en positieve trajecten opleveren (p12)¹¹⁵.

Het lijkt erop dat een zekere kleinschaligheid in de OGGz waar cliënten, hulpverleners en sleutelfiguren uit de bevolking elkaar kunnen kennen, van belang is om zorgvermijding op te merken en zorgverlamming te voorkomen. Ook de WRR gaat in hun rapport 'Vertrouwen in de buurt' in op de rol van kleinschaligheid. Zij zien een samenhang tussen de versterking van kleinschalige verbanden waarin mensen dagelijks met elkaar omgaan en waar ook hun wisselwerking met overheid en politiek inhoud krijgt en het vertrouwen in de buurt (p11)¹¹⁶. Kleinschaligheid kan echter ook knellend worden. In verschillende kleinere gemeenten (<20.00 inwoners) blijkt het moeilijk om een lokaal zorgnetwerk in de lucht te houden omdat er niet voldoende aanmeldingen zijn.

De hierboven aangehaalde onderzoekspublicaties laten zien dat de praktijkontwikkeling in de OGGz nog in een pioniersfase zit. De meeste gemeenten waren tot het jaar 2000 nog niet actief gericht op het formuleren en uitvoeren van OGGz-beleid. Intensieve samenwerkingsprojecten in de OGGz bleven tot 2004 vooral beperkt tot centrumgemeenten. De financiering van OGGz projecten is onzeker, het ontbreekt aan voorschriften en structuren zijn voortdurend 'under construction'. Giddens wijst op de rol van routines en tradities en het belang ervan voor het op afstand houden van onveiligheid in sociale

¹¹⁴ Zie: Polstra & Schout, 2005. Zie ook: Schout, G., C. Drost & F. Jongsma. *Van pech onderweg naar permanente support. Naar een OGGz zonder breukvlakken*. VNG, 2006

¹¹⁵ G4: 2005, p12

¹¹⁶ WRR: 2006, p11

praktijken (P56 e.v.)¹¹⁷. De wisseling van personen, doelstellingen en plannen in de OGGz kan het ontstaan van veiligheid belemmeren. Vaste zitplaatsen, een vaste vergaderruimte, een vast moment om te vergaderen, een zekere routine in de afwikkeling ervan, de notulering van afspraken, kunnen bijdragen aan het ontstaan van een routine. Vanuit dit gezichtspunt wordt het belang van een voorzitter of coördinator die de voortgang bewaakt, die een constante factor is in het netwerk, die zorgt voor de verdeling van taken, die duidelijkheid schept en waar nodig helpt bij het bespreken van spanningen, goed voorstelbaar. We komen in paragraaf 3.9 nog terug op de veiligheid en vertrouwelijke omgang in lokale zorgnetwerken.

De bespreking van deze vijfde structuur leveren twee condities op die nodig zijn voor het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming:

- Waarborgen voor de continuïteit van de werkwijze van het lokaal zorgnetwerk, zoals: een coördinator, een vergaderruimte, afspraken over de inzet van mensen en de beoogde doelen.
- Een zekere kleinschaligheid waardoor actoren elkaar kunnen kennen.

3.8 Een moreel kader

We komen bij de laatste en minst tastbare structuur die nodig is om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen, een moreel kader. In paragraaf 1.5 hebben we aangeduid wat Giddens onder structuren verstaat. Giddens ziet structuur als een virtuele orde van transformatieve relaties. Structuur is dus geen levenloos skelet maar een gereproduceerde manier van doen die het overleven van sociale systemen in tijd en ruimte mogelijk maakt. Sociale systemen *hebben* volgens Giddens niet zozeer eigenschappen, ze *demonstreren* het (exhibit, 1984: p17). Een visie of een idee dat in sociale praktijken wordt gedemonstreerd ziet Giddens dus als structuur. Een voorbeeld. In Nederland ontstaan op dit moment een groot aantal beleidsinitiatieven die gericht zijn op het terugdringen van dakloosheid. Er verschijnen beleidsnota's waar ambities in de titel doorklinken: 'Uit de goot'; 'Iedereen onder dak'; 'Niemand op straat'¹¹⁸. Als het gaat over participatie zijn er nota's verschenen met titels als 'Meedoen' of 'Erbij horen'¹¹⁹ en al wat langer geleden de nota 'Onder andere'¹²⁰.

¹¹⁷ Giddens, A. *In Defence of Sociology*. Polity Press: Cambridge, 1996

¹¹⁸ Zie de opsomming in GGD Nederland e.a.2006: p2

¹¹⁹ Deze nota's staan beide in de literatuurlijst van dit boek.

Soms zijn de ambities in omgekeerde vorm in beleidsnotities zichtbaar en geformuleerd als een taboe: ‘Niemand over de schutting’¹²¹ of ‘Burgers mogen niet verstoken blijven van zorg’. Deze ideeën op papier vormen een normatief kader, een doel, een richtingwijzer waarnaar politici, bestuurders, leidinggevend en hulpverleners streven. Op alle niveaus komen we normatieve kaders tegen, normatieve kaders die onder druk staan van morele kaders en individuen en praktijken. Er is met andere woorden een spanning tussen hoe het moet (normen) en de moraal (waarden) die in praktijken worden gerealiseerd. Een voorbeeld van dat laatste. De hulpverleners van de praktijk die we in hoofdstuk 5 gaan beschrijven houden er een norm op na dat je ...

Exempla 3

..... buikpijn moet hebben als je niet weet hoe het met je klant zit. #on 2/3-12-1998

Einde

Uit het voorbeeld spreekt een buitengewone betrokkenheid, een betrokkenheid die in zekere zin lijkt op de betrokkenheid tussen vrienden of familieleden. Zorgvermijding en zorgverlamming zijn niet goed denkbaar in een omgeving waar dit type betrokkenheid norm is. Een betrokkenheid die, zoals we in hoofdstuk twee zagen, in een verzakelijke en doorgedifferentieerde omgeving moeilijk tot zijn recht kan komen. Onder welke condities kan dit soort betrokkenheid naar voren komen? Zonder een moreel kader dat enerzijds betrokkenheid waardeert en anderzijds afstandelijkheid en onverschilligheid ter discussie stelt, lijkt dat niet goed mogelijk. Een dergelijk moreel kader komt echter niet zomaar tot stand, het moet aangesproken worden, ruimte krijgen en ‘gevoed’ worden.

De gedragingen van een voorhoedepraktijk in een naburige gemeente, of de beschrijving van een werkwijze in de Verenigde Staten kunnen zorgen voor inspiratie of voor nieuwe impulsen. ‘The right to rot’, waarmee bedoeld wordt dat mensen verstoken blijven van zorg uit zogenaamd respect voor hun autonomie, is snel een taboe aan het worden in Nederland¹²². Praktijken in de OGGz maken dus deel uit van systeem van praktijken die

¹²⁰ Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Onder andere: geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief. Staatsuitgeverij: ‘s-Gravenhage, 1992

¹²¹ Zie: GGz G4 A. Voogt, A. van Hemert, N. Mulder, J. Dietvorst, W. Mulder, J. Havenaar, C. Lipsch & J. Sleegers (red.) *Niemand over de schutting*. 2006

¹²² Zie het artikel van Korevaar, M.G., B. van Meijel, R.L.P. Berghmans & J.V. Boon. Bemoezorg, maar bij welke vraag? *Tijdschrift voor ziekenverpleging*. Nr. 5, P44-47, 2006

allemaal in een zeker opzicht verwickeld zijn in een ontwikkelingsproces. Er is altijd een voorhoede, een middenmoot en praktijken die achterop dreigen te raken en actoren die dat willen verhinderen. De internationale aandacht voor casemanagementprojecten voor sociaal kwetsbare mensen in de Verenigde Staten heeft de praktijkontwikkeling in Nederland sterk in beweging gebracht¹²³. Nederlandse onderzoekers als Henselmans, Wolf, Kroon en Polstra gingen deze inzichten hier onderzoeken en gingen praktijken onderling vergelijken¹²⁴.

Het ontstaan van een moreel kader kan dus niet los gezien worden van een historie, een traditie en een context. We stuiten hier op een beperking van Giddens' structuratietheorie. Giddens laat zich niet uit over morele praktijken. De inhoud van een moreel kader is echter ook van invloed op het handelen van actoren. *Hoe* een moreel kader gedrag begrenst en tegelijkertijd mogelijk maakt laat Giddens wel zien, *de inhoud* van de moraal en de transformatie ervan niet. Voor het zichtbaar maken van de wisselwerking tussen condities en competenties in een moreel geladen praktijk als de OGGz, is dit echter van bijzondere betekenis. Het werk van Alisdair MacIntyre biedt mogelijkheden om de inhoud van een moreel kader en de wisselwerking ervan met condities in de OGGz te onderzoeken. We bespreken nu eerst kort de inhoud van zijn denken.

MacIntyre signaleert een algehele morele desoriëntatie samenhangend met een teloorgang van een coherente morele taal. Sterker nog, hij typeert de morele debatten in de westerse wereld als morele spraakverwarring. Door het ontbreken van een algemeen aanvaard kader, leiden morele debatten vrijwel nooit tot een bevredigende eindconclusie. Het morele oordeel drukt alleen een persoonlijke preferentie of emotie uit en wordt zo een strijdtoneel van conflicterende persoonlijke voorkeuren dat nergens toe leidt.

MacIntyre legt een belangrijke rol weg voor de Aristotelische deugdenleer om de geschetste morele desoriëntatie terug te dringen. Hij verklaart de teloorgang van de morele taal door het verdwijnen van de doelstelling (de *telos*) uit het denken over moraal. Het wegvallen van het teleologische moment in de mensbeschouwing leidde volgens MacIntyre tot het ontstaan van de zogenaamde 'is-ought' dichotomie, ofwel een scheiding tussen feiten en normen. Daardoor verdween een belangrijk element uit het Aristotelische denken: (a) de mens zoals hij feitelijk is; (b) morele voorschriften zoals die gelden binnen een bepaalde praktijk en die richtingwijzend zijn voor (c) de mens zoals die zijn bestemming (*telos*) kan bereiken. Normen kwamen met andere woorden los te staan van hun teleologische context. De bestemming werd in de verlichtingsfilosofie voor onkenbaar gehouden en dus bleef de filosofie zitten met

¹²³ Zie: Kroon, H. *Groeiende zorg. Ontwikkeling van casemanagement*. Utrecht: NcGv, 1996

¹²⁴ In hoofdstuk 5 wordt het werk van deze auteurs grondiger besproken.

normen en feiten. MacIntyre legt een verband tussen de teloorgang van doelen en deugden en de opkomst van imperatieven (regels en voorschriften) bij verlichtingsethici. In deze dissertatie is naar voren gekomen hoe een explosie van regels, protocollen en handelingsvoorschriften een afnemende handelingsvrijheid van professionals heeft teweeggebracht. Tegen de achtergrond van het ontbreken van een gedeelde moraal en gedeelde doelen kan de regeldruk in de aanpalende velden van OGGz, goed begrepen worden.

MacIntyre stelt dat de moderne ethiek geen oplossing heeft voor deze morele desoriëntatie. De ethiek houdt zich bezig met de logische geldigheid van abstracte principes en houdt geen rekening met de sociaal-maatschappelijke context van moraal. Antwoorden op morele vraagstukken krijgen echter een willekeurig karakter wanneer geen rekening wordt gehouden met deze context. In contexten krijgen specifieke praktijken en tradities gestalte. MacIntyre definieert een praktijk als volgt:

'By a practice I am going to mean any coherent and complex form of socially established co-operative human activity through which goods internal to that form of activity are realised in the course of trying to achieve those standards of excellence which are appropriate to, and partially definitive of, that form of activity, with the result that human powers to achieve excellence, and human conceptions of the ends and goods involved, are systematically extended'.(p187)

In deze praktijken worden gezamenlijke doelen nagestreefd en belichamen daarmee specifieke deugden. Deze praktijken onderhouden een traditie in de vorm van verhalen en discussies over de doelen van de praktijk. Mensen vormen zo een kader waarin ze hun levensverhaal realiseren, waarin ze als individu en als eenheid naar voren komen.

Waar Giddens zich niet uitspreekt over het goede of over deugd, doet MacIntyre dit juist wel. Over wat deugden zijn, zegt hij het volgende:

'A virtue is an acquired human quality the possession and exercise of which tends to enable us to achieve those goods which are internal to practices and the lack of which effectively prevent us from achieving any such goods.' (p191)

Een deugd is op het niveau van praktijken dus een kwaliteit die mensen in staat stelt om een doel (het goede) te realiseren. In de deugdedethiek gaat het niet primair om de vraag *wat ik moet doen*, maar *hoe ik ben*. De gedachte is dat goede dingen door goede mensen gedaan worden. Centraal staat niet het volgen van regels of het doen van de plicht, maar de deugdzaamheid van het karakter. Deugden zoeken niet het minimale maar dagen uit tot het beste. Deugden zijn die kwaliteiten die je in staat stellen om praktijken op excellente wijze uit te voeren. Een deugdzaam persoon is iemand die inzicht heeft in de doelstellingen

waarop zijn handelen is gericht, zonder zich te laten afleiden door allerlei andere handelingsimpulsen en neigingen. Deugdzame personen hebben bovendien een beeld van wat 'goed' is en wat 'het goede leven in kan houden' en zijn in staat om hun verlangens te beheersen en te kanaliseren. Deze verlangens kunnen (toegespitst op dit werkveld) veelvormig zijn: het verlangen om bij een groep te horen, om gezien en gehoord te worden, om je zin te krijgen, om iets terug te krijgen uit de hulpverlening, om anderen te geven wat men zelf node heeft gemist etc. De deugden van individuen en de praktijken waarin ze functioneren kanaliseren deze verlangens.

MacIntyre hanteert twee tegengestelde perspectieven. Enerzijds benadrukt hij waarden en deugden die via *praktijken* worden doorgegeven. Anderzijds constateert MacIntyre dat *individuen* tegelijkertijd aan verschillende praktijken kunnen deelnemen en een kader nodig hebben om strijdige morele claims af te kunnen wegen. De bespreking van de deelnamestructuur van de OGGz in dit hoofdstuk laat zien dat professionals in de OGGz voortdurend moeten schakelen tussen de lokale zorgnetwerken en de moederinstellingen waarin hun aanstelling is ondergebracht. In hoofdstuk 5 zullen we bovendien casuïstiek naar voren brengen waarin professionals voortdurend normatieve dilemma's werkbaar moeten maken in concrete cases. Er zijn met andere woorden moreel sterke figuren nodig om de druk, de turbulentie en de strijdigheid te hanteren die dit werk met zich meebrengen.

Drie elementen behoeden de actor voor morele uitglijders: individuele deugden, een praktijk om dit in te realiseren en een traditie waarin de praktijk gestalte krijgt. Een traditie is niet statisch, maar juist 'levend' en steeds in ontwikkeling. Een citaat:

'A living tradition then is an historically extended, socially embodied argument, and an argument precisely in part about the goods which constitute that tradition.'(p222)

Een traditie vormt dus niet alleen de leden, maar de leden ook de traditie. Hierin zou de structuratietheorie van Giddens sociologisch¹²⁵ en sociaal filosofisch aangevuld kunnen worden met de inzichten van MacIntyre; door de reproductie en transformatie van morele praktijken te onderzoeken.

¹²⁵ Morele filosofie veronderstelt volgens MacIntyre sociologie. Morele filosofie levert conceptuele analyses van de relaties tussen actoren, hun drijfveren, motieven, intenties, acties. Deze concepten verwijzen naar of belichamen de sociale wereld. Zie *After Virtue* p23. Hoe groepen en individuen met verschillende morele overtuigingen *goed* kunnen samenleven is een vraag die Giddens niet stelt. De uitweg die MacIntyre voorstelt vult Giddens' theorie op een bijzondere manier aan. Bijzonder omdat MacIntyre niet vervalt in nieuwe vormen van 'grote verhalen' en niet komt met een omvattende en contextvrije moraal, maar een verbinding legt tussen tradities en individuele deugden in concrete praktijken.

Een persoon staat in de ogen van MacIntyre altijd in een traditie, is altijd ingebed in een praktijk en is in meer of mindere mate gericht op deugden en zaken die ertoe doen in het leven. Wat er toe doet is voor MacIntyre evident. De visie op het goede leven die MacIntyre presenteert laat een inclusieve samenleving zien. Alle mensen horen erbij, ook de zorgafhankelijken en minder bedeelden¹²⁶. Ieder mens is in zijn leven aan het begin en aan het eind van zorgafhankelijk. In die zorg realiseren mensen deugden waarin ze zichzelf en hun eigen verlangens ontstijgen; ‘wat goed is voor mij is goed voor de gemeenschap’. Net als Aristoteles ziet MacIntyre de mens dus als onderdeel van een gemeenschap. De deugden en verlangens van mensen doen praktijken en tradities ontstaan waarin deze zorg gestalte kan krijgen. In hoofdstuk 5 laten we verschillende op empirie gestoelde voorbeelden zien van de specifieke manier waarop deugden en verlangens in OGGz praktijken worden gerealiseerd.

Terug naar exempla 3 en de bijzondere betrokkenheid van de hulpverlener in het voorbeeld. De theoretische exercitie met behulp van MacIntyre maakt zichtbaar dat het hier niet gaat om een toevallige common sense over een moreel kader in een lokale praktijk, maar dat hulpverleners in een traditie staan, ingebed in een praktijk met een specifieke mores die niet los staat van de internationale vakontwikkeling in de OGGz, ingebed in een politiek klimaat waarin ‘the right to rot’ taboe aan het worden is, ingebed in een praktijk waarin deugden en verlangens van verschillende individuen hun afstemming vinden. In die praktijk ziet deze hulpverlener kans om zijn ideeën over ‘wat er op het spel staat’, over wat ‘goed’ is en wat ‘het goede leven inhoudt’ te concretiseren. De inhoud van het normatieve kader kanaliseert specifieke verlangens (bijvoorbeeld de ambitie dat de praktijk aansluit bij de internationale state of the art) en deugden (betrokkenheid) zien.

De bespreking van deze zesde structuur levert één conditie op die nodig is voor het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming:

- Een moreel kader dat enerzijds ambities kanaliseert en anderzijds afstandelijkheid en onverschilligheid ter discussie stelt.

Tot zover de bespreking van structuren en condities in de OGGz.

¹²⁶ Dit komt het sterkst naar voren in: MacIntyre, A. *Dependent rational animals: why human beings need the virtues*. Duckworth, Londen 1999. Hij introduceert in dit boek zogenaamde proxy's. Dit zijn personen die er voor moeten zorgen dat mensen met beperkingen een stem krijgen en gehoord worden.

3.9 Constitutieve vaardigheden en condities

In de voorgaande paragrafen hebben we naar voren gebracht dat de OGGz en het systeem van maatschappelijke instellingen dat daarmee in contact staat, sterk in beweging zijn. Het laat ook zien dat sociale structuren als convenanten, werkafspraken, meldpunten, registratiesystemen, lokale zorgnetwerken, in formele gedaante, in delen van Nederland niet voorhanden zijn. Dit doet een beroep op het vermogen van professionals om te pionieren en in te spelen op deze constante veranderingen en afwezigheid van voorzieningen. Een voorbeeld. Een hulpverlener die werkzaam is op het Drentse platteland vertelt het volgende:

Exempla 4

‘Ik heb goede contacten met een vrouw van de Baptistengemeente. Zij kent allerlei mensen die in de moeilijkheden komen. Soms zitten daar ook mensen tussen die zware psychiatrische problemen hebben of verslaafd zijn. Via haar kom ik in contact met mensen die uit zichzelf geen hulp zoeken met de hulpverlening. Ook via de politie en woningbouw hoor ik wel eens wat.’¹²⁷

Einde

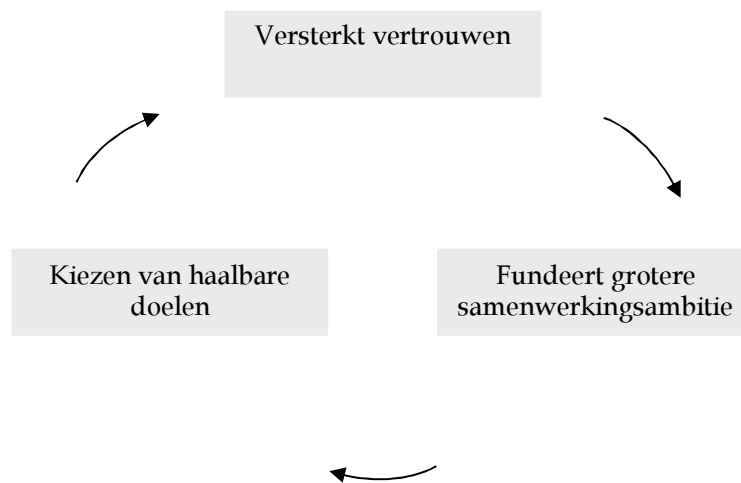
Deze hulpverlener lukt het om, ondanks dat de afwezigheid van een meldpunt overlast, toch signalen op te vangen van mensen die verstoken zijn van hulp en contacten te ontwikkelen met personen die dicht bij de burger staan, zoals buurtconciërges, politieagenten of dominees.

Soms zijn de voorzieningen en structuren wel aanwezig maar doen zich andere moeilijkheden voor. In de vorige paragraaf is naar voren gebracht dat professionals in de OGGz te maken met wisselende actoren en met veranderende doelstellingen van organisaties. Dit kan de vertrouwelijke omgang in het netwerk onder druk zetten. Huxham¹²⁸ signaleert dat interorganisationele netwerken ofwel vooruitgang boeken of blijven steken in inertie. Als het lukt om vooruitgang te boeken dan wordt onderling vertrouwen aangewakkerd en fundeert dit nieuwe ambities (zie afbeelding 3.4). Het omgekeerde kan echter ook. Wanneer succes uitblijft, voedt dit wantrouwen en vervalt het netwerk in inertie. Het is aannemelijk dat het vermogen om (voortekenen van) wantrouwen en inertie op te merken en dit bespreekbaar te maken, van belang is voor professionals in de OGGz. Eén

¹²⁷ Dit voorbeeld werd naar voren gebracht door een deelnemer aan de workshop ‘Lol in samenwerken’ onderdeel van het congres ‘Creativiteit in knellende omstandigheden, Groningen, november 2004.

¹²⁸ Huxham: 2003

van de implicaties is dat professionals moeten kunnen omgaan met onzekere en turbulente omstandigheden.



Afbeelding 3.4 Vertrouwen fundeert ambitie. Ontleend aan Huxham, 2003.

De OGGz kan gezien worden als een soort vrijplaats met relatief veel handelingsruimte voor professionals. Tegelijkertijd is er een behoefte om de handelingsruimte te verkleinen door protocollen, samenwerkingsconvenanten, registratiesystemen en dergelijke in te voeren. De relatief grote handelingsruimte stelt eisen aan de competenties van professionals. Kegan¹²⁹ somt competenties op die hedendaagse werknemers in staat stellen om tegemoet te komen aan eisen van omstandigheden die gestempeld worden door instabiliteit en verandering:

1. 'To invent our own work (rather than see it as owned and created by the employer).
2. To be self-initiating (rather than dependent on others to frame the problem, initiate adjustments, or determine whether things are going acceptably well).
3. To be guided by our own visions at work (rather than be without a vision or be captive of the authority's agenda).
4. To take responsibility for what happens to us at work externally and internally (rather than see our present internal circumstances and future external possibilities as caused by someone else).
5. To be accomplished masters of our particular work roles, jobs, or careers (rather than have an apprenticing or imitating relationship to what we do).
6. To conceive of the organization from the outside in, as a whole, to see our relation to the whole, to see the relations of the parts of the whole (rather than see the rest of the organisation and its parts only from the perspective of our own part, from the 'inside out'). p153

¹²⁹ Kegan, R *In Over Our heads. The Mental Demands of Modern Life*. Cambridge University Press: London, 1994

Zelfstandigheid, initiatief, het vermogen om verantwoordelijkheid te nemen en steeds weer omstandigheden te creëren die ruimte bieden, plaatst Kegan tegenover afwachten en het ondergaan van door anderen gecreëerde condities. Professionals in de OGGz zijn doorgaans werkzaam bij zowel de staande organisaties die de omgeving vormen van de OGGz, als deelnemer van een lokaal zorgnetwerk. De continue transformatie die de OGGz kenmerkt impliceert dat professionals moeten beschikken over creativiteit en zelfsturend vermogen, natuurlijke hulpbronnen moeten kunnen aanboren en een netwerk opbouwen, competenties die dicht aanliggen tegen de opsomming van Kegan. Deze competenties kunnen samengevat worden onder de noemer zelfsturend vermogen. Het lijkt erop dat, gelet op de instabiliteit van de werkomstandigheden in de OGGz, dit type competenties belangrijk is voor professionals die er werken. In termen van Giddens zou deze opsomming van Kegan een profielschets kunnen zijn van een 'competente actor' in de OGGz. Van constitutieve vaardigheden nu weer terug naar constitutieve condities.

De verhandeling in dit hoofdstuk moet niet opgevat worden als een verheerlijking van een vrijplaats en de ongebonden professional. Sterker nog, de verhandeling over MacIntyre's moraaltheorie maakt duidelijk dat professionals en vrijplaatsen nooit volledig ongebonden zijn. De verhandeling maakt ook duidelijk dat de turbulentie misschien dramatisch lijkt, maar dat de turbulentie zich altijd binnen een bepaalde bandbreedte afspeelt, dat praktijken altijd ingebed zijn in contexten en tradities, dat individuen zich in meer of mindere mate onderwerpen aan een moraal die recht doet aan individuele deugden en tradities die in een praktijk worden belichaamd.

De geschetste turbulentie en veranderlijkheid zijn binnen een bandbreedte niettemin substantieel en reëel. Als constitutieve vaardigheden niet geschraagd worden door condities die routine, continuïteit en ambitie kanaliseren, dan is voorstelbaar dat de OGGz weliswaar handelingsruimte biedt maar ook grote regionale variaties, waaronder onwenselijke varianten van die variaties. Ook is voorstelbaar dat professionals in de OGGz opbranden omdat er voortdurend creativiteit en pioniersgeest wordt gevraagd terwijl bestendiging uitblijft. Bij bestendiging kan gedacht worden aan het ontstaan van afspraken over samenwerking, afspraken over de inzet van personeel, afspraken over registratie, afspraken waarvan de zin ervan wordt bekrachtigd door een praktijk, maar ook een beleidskader waar ambities in genoemd staan of andere artefacten. De bedoelde bestendiging vraagt om een orgaan dat optreedt als initiatiefnemer, als coördinator en als regisseur. Landelijk zijn het vooral GGD Nederland, de Federatie Opvang en de Vereniging Nederlands Gemeenten die

deze rollen op zich nemen, regionaal zijn het vooral de gemeenten. Onder het regime van de 'oude' wet op de Collectieve Preventie waren het de GGD'en die landelijk en gemeentelijk aanspreekbaar waren op initiatief, coördinatie en kwaliteit van de OGGz, onder de nieuwe WMO is dat de gemeente.

Grofweg tekenen zich op dit moment twee wegen af waarlangs de bedoelde bestendinging vorm krijgt. De eerste typeren we als een regelgeleide benadering¹³⁰. Het bevorderen van normconform handelen staat hierin centraal. Deze benadering laat zich zien in de initiatieven om te komen tot kwaliteitsborging door certificering, normontwikkeling, benchmarking en prestatie-indicatoren in de OGGz¹³¹. De regelgeleide benadering bouwt voort op neoliberale ideeën over autonome individuen die zich in markten bewegen, die rationele keuzes maken, mogelijk gemaakt door transparante informatie, waar kwaliteit afgedwongen wordt door benchmarking van effectindicatoren. De tweede benadering typeren we als een waardengeleide benadering. Hier ligt de nadruk op morele overwegingen van actoren. Deze benadering laat zich zien in het RMO rapport 'Verschil maken'. Centraal idee in dit rapport is het ontstaan van 'contexten van verantwoordelijkheid'. Dat wil zeggen dat de overheid niet langer stuurt op wenselijke uitkomsten, maar bevordert dat contexten ontstaan waarin de burgers en private partijen, instituties en professionals de problemen aanpakken (p83)¹³². Deze benadering staat dichterbij de inzichten van MacIntyre. Actoren worden aangesproken op hun verantwoordelijkheidsgevoel (deugden) en krijgen de ruimte om 'het goede te doen'. De twee benaderingen laten twee heel verschillende manieren zien waarop de eerder geschetste condities in de OGGz in de toekomst geschraagd kunnen worden door initiatief, beleid en regie.

Er is reden om de opkomst van een regelgeleide benadering in de OGGz kritisch te volgen. Als er uniformiteit en onderlinge vergelijking worden nagestreefd, dan perkt dit de handelingsruimte van professionals en organisaties in. We hebben in dit hoofdstuk gezien dat de condities om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen juist gebaat zijn bij handelingsruimte en bij de mogelijkheden om aan te sluiten bij lokale contexten. Een zekere variatie in verschijningsvorm is hier inherent aan. Er zijn echter nog andere redenen,

¹³⁰ Vgl. Jeurissen, R. *Morele dialoog en morele complexiteit in organisaties*. In: Ende, T van den, H. Kunneman & I. Dubel. *Cosmetische humanisering*. Humanistic University Press, SWP: Amsterdam, 2005

¹³¹ Zie de folder van het landelijke kwaliteitsprogramma 'Beter voorkomen' dat wordt uitgevoerd door GGD Nederland, de VNG en ActiZ, in opdracht van het ministerie van VWS en onder regie van ZonMw, 2006

¹³² RMO: 2006

redenen die in het rapport 'Bewijzen van goede dienstverlening' van de WRR ook naar voren komen. Voldoen aan normen die door anderen zijn opgelegd kan er onbedoeld toe leiden dat professionals niet meer zelf nadenken over welke deugden zij willen realiseren. Voldoen aan normen die de financier stelt kan met andere woorden vervreemdend (onteigenend) werken. Een regelgeleide benadering en de certificeringsprocessen die daarbij horen, kan bovendien een inperking van de vrijplaats en een opkomst van de bureaucratie betekenen. De OGGz dankt haar bestaansrecht voor een belangrijk deel aan de verzakelijking en risicobeperking van reguliere instellingen. Mocht een regelgeleide benadering inderdaad vaste voet aan de grond krijgen in de OGGz en de schaduwkanten die hierboven genoemd worden komen boven drijven, dan is te verwachten dat er een nieuw vangnet¹³³ zal ontstaan onder het bestaande reguliere vangnet.

Al met al, de OGGz kan niet alleen op constitutieve vaardigheden drijven. Bestendiging in de vorm van routine, afspraken, beleid en regie is nodig, maar niet ten koste van de handelingsruimte, omdat creatief moet kunnen worden ingespeeld op lokale situaties. Een waardengeleide benadering schept voorwaarden voor die handelingsruimte, maar omgekeerd ook: zonder waardenoriëntatie is de handelingsruimte richtingloos. De bestendiging zou in de woorden MacIntyre 'impulsen moeten geven om het beste na te streven'.

3.10 Conclusie

In dit hoofdstuk is ingezoomd op de structuren, omstandigheden en hulpbronnen die een rol spelen bij het terugdringen van zorgverlamming en zorgvermijding in de OGGz. Een zestal structuren en daarbinnen een negental condities spelen een rol in het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming. In deze afsluitende conclusie wordt antwoord gegeven op de gestelde onderzoeksvragen: welke structuren zijn nodig om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen en welke condities kunnen we daarbinnen onderscheiden? De conclusie van dit hoofdstuk kan als volgt samengevat worden. Zorgvermijding en zorgverlamming kunnen niet gedijen onder de volgende condities:

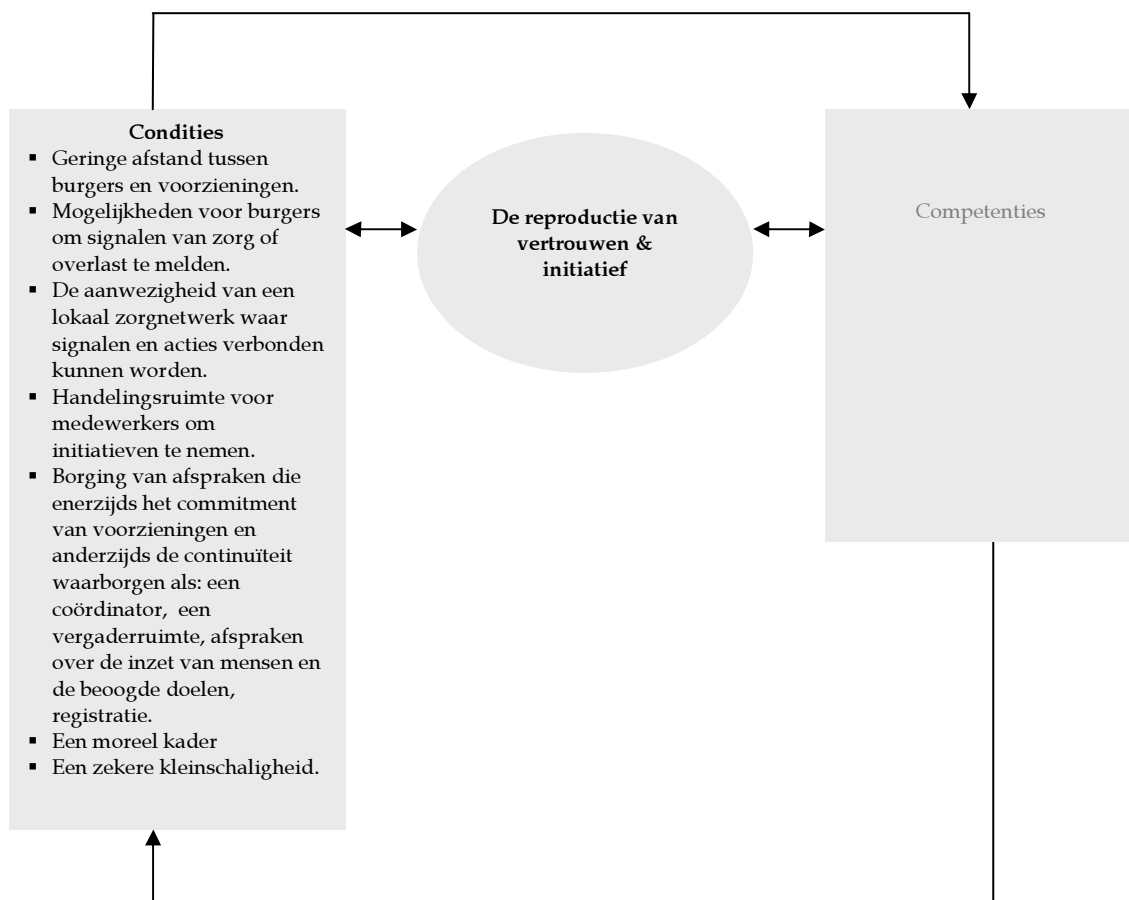
- als burgers weten waar ze signaleren van verkommering en overlast kunnen melden;
- als de voorzieningen bereikbaar zijn en nauwe banden onderhouden met de lokale bevolking;

¹³³ We zien nu al dat voedselbanken, vriendendiensten, kerken en andere charitatieve organisaties functies uitoefenen die de verzorgingsstaat en haar organisaties niet vervullen.

- als er een lokaal zorgnetwerk is waar signalen en acties aan elkaar verbonden kunnen worden, een praktijk waar deugden en tradities geconcretiseerd worden;
- als er handelingsruimte is voor professionals;
- als het commitment van voorzieningen bij de OGGz geborgd is door afspraken over een coördinator, een vergaderruimte, de inzet van mensen en de beoogde doelen, de registratie;
- als er sprake is van een zekere kleinschaligheid waardoor sleutelfiguren uit de lokale bevolking en professionals van voorzieningen elkaar kunnen kennen;
- als er een moreel kader is dat enerzijds ambities kanaliseert en anderzijds afstandelijkheid en onverschilligheid ter discussie stelt.

Deze condities weerspiegelen de spanning die er zit tussen enerzijds de discretionaire ruimte die medewerkers nodig hebben om initiatieven te nemen (vrijplaats), en anderzijds de begrenzing daarvan in afspraken over de doelen, inzet van personeel, registratie, voorzitterschap e.d. (institutionalisering). In afbeelding 3.5 zijn de condities afgebeeld waarvan we op grond van deze analyse aannemen dat ze bijdragen aan de reproductie van vertrouwen en initiatief (het tegendeel van zorgvermijding en zorgverlamming).

Voordat we ingaan op een ‘good practice’ en de competenties van hulpverleners in deze praktijk om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen, gaan we in het volgende hoofdstuk in op het begrip competentie en de stilzwijgende kennis die hiervan onderdeel uitmaakt.



Afbeelding 3.5: Conditie die de reproductie van vertrouwen en initiatief mogelijk maken.

4.1 Inleiding

In hoofdstuk twee en drie is naar voren gekomen hoe zorgverlamming en zorgvermijding subtiel op elkaar inwerken. Ook is in hoofdstuk twee naar voren gekomen dat de OGGz een turbulente omgeving is die gekenmerkt wordt door constante transformaties en waar een groot beroep gedaan wordt op persoonlijke eigenschappen als creativiteit, doorzettingsvermogen en zelfsturend vermogen. Hulpverleners hebben stuurmanskunsten nodig om de vicieuze cirkels van zorgvermijding en zorgverlamming te ontlopen. Het werk zelf is bovendien doortrokken van allerlei belangentegenstellingen. Instellingen die samenwerken in de OGGz hebben niet altijd dezelfde belangen. Een woningbouwvereniging kan bijvoorbeeld belang hebben bij een huisuitzetting, terwijl de hulpverlening continuïteit in het wonen wil om een gezin verder te kunnen helpen. Overlastveroorzakers hebben vaak andere belangen dan de omwonenden. Persoonlijke eigenschappen als wendbaarheid en morele intuïtie zijn van bijzondere betekenis in de OGGz, al is het alleen maar om te navigeren in dit beweeglijke werkveld. Professionals lijken in deze turbulente omstandigheden intuïtief en onmiddellijk te weten hoe er in een gegeven situatie moet worden gehandeld. Deze wendbaarheid wordt wel in verband gebracht met ‘tacit knowledge’, of zoals vertaald in deze dissertatie ‘stilzwijgende kennis’¹³⁴, de kennis die professionals weliswaar bezitten maar niet articuleren. Voordat we de competenties van hulpverleners uit een voorhoedepraktijk gaan beschrijven wordt in dit hoofdstuk eerst ingegaan op het begrip competentie zelf en ook op de relatie tussen competentie en stilzwijgende kennis. Voor een goed begrip van zowel de methodologie als ook de uitkomsten van deze studie is helderheid nodig van de begrippen ‘competentie’ en ‘stilzwijgende kennis’. Leidraad voor dit hoofdstuk is de vraag wat competenties zijn en hoe competenties van professionals zichtbaar gemaakt kunnen worden.

¹³⁴ In deze dissertatie wordt ‘tacit knowledge’ vertaald als ‘stilzwijgende kennis’. Dit wordt gedaan in navolging van Nooteboom die als auteur van verschillende publicaties in deze dissertatie wordt aangehaald en in navolging van een recent vertaald standaardwerk op dit terrein van Nonaka & Takeuchi. (De kenniscreërende onderneming. Scriptum, 2005). De term ‘stilzwijgende kennis’ wordt bovendien gebruikt door Weggeman in zijn boek ‘Kennismanagement: de praktijk’, Scriptum, 2000.

4.2 Stilzwijgende kennis en praktisch bewustzijn

Stilzwijgende kennis, of zoals Giddens het noemt praktisch bewustzijn (practical consciousness), is kennis over hoe om te gaan met sociale interactie, kennis die betrekking heeft op regels die bepalend zijn voor sociale praktijken. Stilzwijgende kennis wordt meestal niet formeel onderwezen maar wordt informeel verworven, meestal door te doen. Het denken over tacit knowledge en practical consciousness is vooral op gang gebracht door publicaties van Polanyi¹³⁵, Schön¹³⁶ en Giddens¹³⁷. Recent zijn deze begrippen weer opnieuw sterk in de belangstelling gekomen onder andere door publicaties van Sternberg e.a.¹³⁸.

Schön merkt op dat professionals zelden geconfronteerd worden met eenvoudige en geïsoleerde problemen maar juist met meervoudige en complexe problemen die onderling met elkaar samenhangen. Professionals beschikken, naast het vermogen om logisch te redeneren, over verbeeldingskracht, voorstellingsvermogen en intuïtie. Deze kwaliteiten zijn volgens Schön impliciet en alleen te zien in het spontane handelen van de betrokkene. Soms reflecteren professionals op hun handelen en toetsen ze zo hun intuïtie. Dit noemt Schön 'reflection in action'. De kern van de professionele praktijk is volgens Schön niet het *oplossen* van problemen, maar het *formuleren* van problemen, het selecteren van essentiële kenmerken van de situatie, het begrenzen van de aandacht en het creëren van samenhang waarbinnen het oordelen over goede oplossingen een plaats krijgt. Volgens Schön is er een discrepantie tussen de wetenschappelijke basis van professionele kennis en de vragen en problemen die zich voordoen in de werkelijke wereld. Professionele kennis is gestandaardiseerd en gespecialiseerd, terwijl problemen in de praktijk verweven zijn met contexten, met besluitvorming, met existentiële vragen, met morele vragen, met doelen die al dan niet haalbaar zijn. Om aan deze discrepantie tegemoet te komen introduceert Schön het begrip reflection-in-action. Reflection-in-action sluit aan bij de unieke en intuïtieve processen die door professionals worden ingezet voor het oplossen van situaties van onveiligheid, instabiliteit, uniciteit en conflict. Het spontane en intuïtieve handelen in het dagelijkse leven

¹³⁵ Polanyi, M. *The Tacit Dimension*. Routledge & Kegan Paul Ltd.: London, 1967

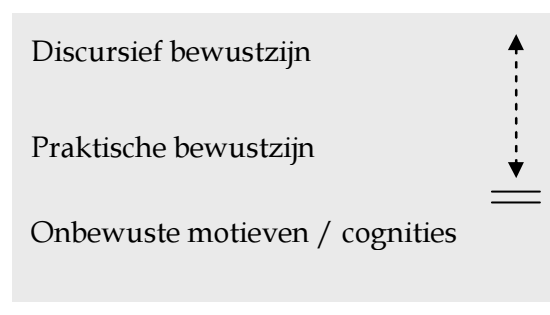
¹³⁶ Schön, D.A. *The reflective practitioner*. Basic Books: New York, , 1983

¹³⁷ Giddens, A. *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. University of California Press: Berkeley, 1984

¹³⁸ Zie Sternberg, R. J., & J. A. Horvath eds. *Tacit Knowledge in Professional Practice. Researcher and Practitioner Perspectives*. Mahway, NJ: Lawrence Erlbaum, 1999. Zie ook: Sternberg, R. J., Forsythe, G. B., Hedlund, J., Horvath, J. A., Wagner, R. K., Williams, W. M., Snook, S. A., & Grigorenko, E. L. *Practical intelligence in everyday life*. New York: Cambridge University Press, 2000

blijkt vol te zijn van impliciete kennis. Het gaat vaak om impliciete knowing-in-action. Veel handelingen gaan vanzelf, ze gebeuren min of meer onbewust zonder dat ze verbonden lijken met kennis. Dit is echter niet het geval. Professionals denken nu en dan na over wat ze doen, soms tijdens het handelen. In gedachten gaan ze terug naar het handelen in eerdere situaties, maar ook naar de impliciete kennis die in het handelen tot uitdrukking is gebracht. Dit is een vorm van reflectie. Om te begrijpen reflecteert de professional op de inzichten die impliciet in zijn handelen naar voren komen, deze inzichten worden bekritiseerd, geherstructureerd en verder vormgegeven in het handelen. Dit proces van reflection-in-action bepaalt volgens Schön hoe professionals omgaan met situaties van onveiligheid, instabiliteit, uniciteit en conflict. Situaties die in de OGGz juist zoveel voorhanden zijn.

Giddens maakt onderscheid tussen een discursief en een praktisch bewustzijn. Het discursieve bewustzijn heeft betrekking op datgene wat we weten en wat we beschrijvend, verklarend onder woorden kunnen brengen. Hij wijst er echter op dat mensen intuïtief weten hoe ze in uiteenlopende contexten moeten handelen zonder dat ze dat precies kunnen verwoorden. Deze vorm van kennis noemt Giddens practical consciousness¹³⁹. Competente actoren kunnen echter wel discursief rapporteren vanuit dit praktische bewustzijn, als ze gevraagd worden naar intenties of redenen van hun handelen (p7). Dat geldt niet voor het onbewuste dat weer onder het praktische bewustzijn ligt. In dit onbewuste liggen motieven en cognities besloten waarvan actoren zich niet bewust zijn (p8). De verhouding tussen het discursieve en praktische bewustzijn en het onbewuste stelt Giddens in afbeelding 3.2 als volgt voor:



Afbeelding 4.1 Giddens, 1984, p7

Hoewel in het werk van Giddens geen verwijzing terug te vinden is naar het werk van Polanyi, zijn er opmerkelijke parallellen in het werk van beide onderzoekers terug te vinden.

¹³⁹ Giddens: 1984

Polanyi is degene die voor het eerst de termen 'tacit knowing' en 'tacit power' aanduidde. Hij baseerde zijn inzichten op psychologische experimenten uit de jaren veertig en vijftig van de vorige eeuw waarin proefpersonen geconfronteerd werden met een groot aantal nietszeggende lettergrepen. Na een aantal lettergrepen kregen de proefpersonen een elektrische schok toegediend. Bij de aanblik van dezelfde nietszeggende lettergrepen bleken de proefpersonen te anticiperen op een nieuwe schok, zonder dat ze dat zelf wisten¹⁴⁰. Deze en andere empirische studies hebben Polanyi er toe gebracht het fenomeen van stilzwijgende kennis te bestuderen en te beschrijven. Hij ziet stilzwijgende kennis als volgt¹⁴¹:

'We kunnen zeggen dat de trits van stilzwijgende kennis bestaat uit verzonken dingen (B) die een focus voortbrengt (C), die zorgt voor integratie, die tot stand gebracht wordt door (A) een persoon; we kunnen ook zeggen dat in stilzwijgende kennis we de aandacht verleggen van één of meer onderliggende zaken naar een focus waar het onderliggende op in kan werken. (P 182)

Volgens Polanyi hebben mensen het vermogen om dingen waarvan we ons slechts latent bewust zijn, te integreren en te voorzien van betekenis. 'Verzonken of onderliggende dingen' ('subsidiary things'), zijn volgens Polanyi waarnemingen, gebeurtenissen, woorden die van zichzelf geen betekenis hebben. Strikt 'expliciete kennis' is volgens Polanyi dan ook een contradictie: verstoken van hun 'stilzwijgende coëfficiënten' is expliciete kennis betekenisloos (P.195). Het stilzwijgende begrip dat we van andere mensen hebben, is volgens Polanyi een voorbeeld van een intuïtief en integratief proces. Door stilzwijgende kennis en stilzwijgende beoordeling worden allerlei verzonken details, zoals fysieke kenmerken van een persoon of zijn of haar lichaamstaal, geïntegreerd en zien we de persoon als een geheel. Twee begrippen zijn voor een goed begrip van stilzwijgende kennis van belang. Polanyi maakt een onderscheid tussen betekenis geven (sense-giving) en betekenis zoeken (sense-reading), maar beide zijn uitingen van stilzwijgende kennis. Zowel de manier waarop we onze eigen uitingen voorzien van betekenis, als de manier waarop we betekenis hechten aan de uitingen van anderen, worden voortgebracht door stilzwijgende kennis. Betekenis geven en betekenis zoeken zijn volgens Polanyi onderdeel van de structuur van stilzwijgende kennis (p181). Alle kennis is volgens Polanyi stilzwijgend of geworteld in stilzwijgende kennis. Zowel Giddens als Polanyi maken een onderscheid tussen uitingen zelf die gebaseerd zijn op het sterk intuïtieve en praktische bewustzijn, en hun representaties in

¹⁴⁰ Polanyi: 1967

¹⁴¹ Polanyi, M. *Knowing and Being*. The University of Chicago Press: Chicago, 1969

woorden die gebaseerd zijn op het discursieve bewustzijn¹⁴². Giddens ziet echter wel mogelijkheden om het praktische bewustzijn aan te boren. Een citaat:

The reflexive monitoring of conduct only becomes the statement of intentions, or the giving of reasons, either when actors carry out retrospective enquiries into their own conduct or, more usually, when queries about their behaviour are made by others (p165)¹⁴³.

Voor Giddens is de laag van het praktische bewustzijn min of meer gescheiden van het onbewuste. Deze laag, die we nu gaan bespreken, heeft net als het praktische bewustzijn ook een functie bij het navigeren in sociale situaties.

4.3 De tweede natuur

Net als Freud wijst Giddens¹⁴⁴ wijst op het bestaan van zoiets als het onbewuste. In dit domein liggen onbewuste drijfveren die bepalend zijn voor het handelen. Anders dan Freud ziet Giddens het onbewuste niet als een verzameling driften en duistere krachten. Hij ziet het onbewuste als een *zijnswijze* die verweven is met het lichaam en met de perceptie. Letterlijk: 'Perceptie kan niet begrepen worden als een optelsom van deelpercepties, maar moet gezien worden als een stroom van activiteiten die geïntegreerd is met het bewegen van het lichaam in tijd en ruimte' (p46). Hij ziet het onbewuste eerder als een verzameling intenties, drijfveren en percepties die een algehele invloed heeft op voornemens en op acties. Het kennend vermogen van de competente actor domineert bij Giddens, toch situeert hij het onbewuste buiten het kennend vermogen van actoren. Actoren hebben geen toegang tot het onbewuste vanwege blokkades, maar ook omdat routines en conventies zich onttrekken aan discursieve formulering. Van oudsher is er in de sociale wetenschappen veel belangstelling voor dit onbewuste navigatie-instrument, veelal aangeduid als 'habitus' of 'tweede natuur'¹⁴⁵.

Habitus verwijst naar aspecten van de cultuur die verankerd zijn in het lichaam en in de dagelijkse praktijken van individuen en groepen. Het gaat hierbij om het totaal van de cognities, lichamelijke uitdrukkingsvormen, stijlen, voorkeuren en andere niet-discursieve kennis waarvan gezegd wordt dat het vanzelfsprekend is (als een tweede natuur).

¹⁴² G. Walsham . *Knowledge Management Systems: Action and Representation*. Judge Institute of Management Cambridge University: Cambridge, 2004

¹⁴³ Giddens, 1993

¹⁴⁴ Giddens, 1984, p45 e.v.

¹⁴⁵ Zie de beschrijving van Van Strien: p163 -165 over de relatie tussen de eerste en tweede natuur.

Bourdieu¹⁴⁶ voegt daar disposities en waarden aan toe. Er is tamelijk veel overeenstemming over de generatieve en eenheid scheppende vermogens van de habitus. Minder overeenstemming is er over het deterministische of voluntaristisch karakter van het menselijk handelen in relatie tot de habitus. Bourdieu ziet de habitus als duurzaam, maar niet onveranderlijk (1992: p87). Recent is de belangstelling voor de begrippen habitus en tweede natuur opnieuw in de belangstelling gekomen door publicaties van Paulle¹⁴⁷ en Wilson¹⁴⁸. Beide onderzoekers wijzen op de kracht die van deze onbewuste eigenschappen uitgaat. Paulle toont met etnografisch onderzoek overtuigend aan dat de tweede natuur van jeugdigen (middelbare schooljeugd) ondanks dat ze opgroeien in achtergestelde en instabiele families, zich harmonieus kan ontwikkelen (p195). De psycholoog Wilson gebruikt overigens niet de term habitus of tweede natuur maar ‘adaptive unconscious’. Hij doelt daarmee op een set van pervasieve, uitgekiende mentale processen waarmee inschattingen gemaakt worden van de wereld om ons heen, dat doelen stelt, acties initieert, dit alles terwijl het bewuste denken met andere dingen bezig is. De manier van kijken, zitten, praten, lopen, en de subtiële eigenschappen die ermee naar voren gebracht worden als geduld, tact, doorzettingsvermogen, geven blijk van deze krachtige adaptieve hulpbron.

Elias¹⁴⁹ beschrijft in zijn boek over civilisatieprocessen in de Westerse samenlevingen minutieus hoe bewuste zelfcontrole en een blind automatisch werkend zelfcontroleapparaat hand in hand gaan met allerlei externe verboden, restricties, taboes, routines, onderlinge afhankelijkheden en loyaliteiten. Dit vervlechttingsmechanisme van bewuste- en onbewuste, van interne- en externe invloeden, reguleert op subtiële wijze de omgang tussen mensen. Een observatie uit het veldonderzoek dat in hoofdstuk zes wordt beschreven laat dit goed zien:

Exempla 5

Aan het eind van de ochtend bellen we aan bij een benedenwoning. Een man van midden dertig doet vloekend en schreeuwend de deur open. Hij maakt enkele smalende opmerkingen over de hulpverlener: ‘Zo, ben jij daar ook eens’. Eenmaal binnen loopt de man door naar de keuken en schreeuwt en scheld daar verder [Is bij de

¹⁴⁶ Zie de bespreking van het begrip habitus in: Bourdieu, P. *Argumenten voor een reflexieve maatschappijwetenschap*. p73 – 92. Amsterdam: SUA, 1992. Zie ook: Bourdieu, P. *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge University Press, 1977.

¹⁴⁷ Paulle, B. *Anxiety and Intimidation in the Bronx and the Bijlmer*. Amsterdam: Dutch University Press, 2005

¹⁴⁸ Zie p23 - 41 in: Wilson, T.D. *Strangers to ourselves: discovering the adaptive unconscious*. Cambridge (VS): Harvard University Press, 2002

¹⁴⁹ Elias, N. Zie p239 e.v. in: *Het civilisatieproces. Sociogenetische en psychogenetische onderzoekingen*. Utrecht: Spectrum, 1982

sociale dienst uit het gebouw verwijderd, heeft een voorschot niet gekregen, red.]. De heftigheid van het schreeuwen en schelden neemt niet af. G. gaat op de bank zitten [waarop ik schielijk zijn voorbeeld volg]. Af en toe komt de man vanuit de keuken terug de kamer inlopen met een mes [pas later wordt duidelijk dat hij er slechts een boterham mee smeert]. G. reageert kalm en maakt opmerkingen als: *'Zo eh'* of *'Goh man, wat is het ook wat'*. Af en toe stelt G. vragen als: *'En hoe ging het toen verder?'* G. haalt uit de binnenzak van zijn spijkerjasje een plastic zakje met boterhammen en begint te eten. Geleidelijk bedaart de man en gaat zelf ook een boterham eten. # on3/11/98

Einde

In deze situatie spelen (empathische en structurerende) vaardigheden maar een beperkte rol. De rust van de hulpverlener - dat hij gaat zitten en zelf gaat eten - werkt op de één of andere manier de-escalerend op de cliënt. Waarschijnlijk spelen er ook allerlei onbewuste mechanismen bij de man een rol als: zittende mensen sla je niet; etende mensen voelen zich bij mij kennelijk op hun gemak en dat kan ik niet (lang) onbeantwoord laten; een taboe op vijandigheid ten opzichte van iemand die mij wel accepteert en vertrouwt; met deze hulpverlener moet ik niet *ook* nog eens problemen krijgen. De vervlechting van innerlijke taboes, externe damping en latente loyaliteiten zorgen samen voor een deëscalerende context; kalmte produceert kennelijk kalmte. Het voorbeeld laat zien dat onderzoek naar competenties voor het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming, zonder aandacht voor deze aspecten van de tweede natuur, weinig betekenis heeft. In het volgende hoofdstuk komen we terug op dit voorbeeld.

De noties van stilzwijgende kennis, praktisch bewustzijn en de tweede natuur hebben in dit onderzoeksproject geleid tot keuzes met betrekking tot de methodologie die in hoofdstuk vijf wordt beschreven. Sterker nog. De werkwijze van de voorhoedepraktijk die we in hoofdstuk vijf gaan beschrijven was op zichzelf niet zo vernieuwend maar het persoonlijk stempel waarmee ze tot uitdrukking werd leverde wel aanknopingspunten voor het ontwikkelen van een praktijktheorie over het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming. Het beschrijven van competenties van hulpverleners moest zich dus niet beperken tot de expliciete kennis maar zich ook richten op de stilzwijgende kennis, de onderliggende drijfveren, de morele oriëntaties en cognities. Stilzwijgende kennis is echter niet eenvoudig zichtbaar te maken, is vaak persoonsgebonden en laat zich bovendien lastig onder woorden brengen. We komen hierop terug in hoofdstuk zes.

In deze dissertatie draait het om competentieontwikkeling in de OGGz. Het opgraven en systematiseren van zowel stilzwijgende als expliciete kennis moet ertoe leiden dat er zicht

komt op competenties van professionals die het mogelijk maken om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen. Maar wat competenties zijn is nog onhelder. Daarover nu meer.

4.4 Het begrip competentie

Het begrip competenties verwijst over het algemeen naar de bekwaamheid van de persoon om een bepaalde taak uit te voeren. Typerend voor een competentie is volgens Spencer en Spencer¹⁵⁰ de aanwezigheid van een intentie die de acties van een persoon stuurt richting een bepaald doel. Juist die intenties lijken belangrijk als het gaat om het contact maken en vertrouwen winnen in de OGGz. We komen hier later op terug. Ondanks dat het begrip 'competentie' erg in de belangstelling staat, is het een omstreden begrip. Er is weinig eenduidigheid over het begrip, er ontbreekt een duidelijke conceptualisering en competenties geven problemen bij de beoordeling ervan¹⁵¹. In een studie van de Onderwijsraad¹⁵² wordt geconstateerd dat de vele definities die er in omloop zijn worden bepaald door de context waarin ze ontwikkeld worden, het leertheoretische perspectief dat gehanteerd wordt en het doel waarvoor de definitie wordt ingezet. De vraag die vervolgens gesteld kan worden is wat de meerwaarde is van een generieke definitie. Definities van competentie worden volgens Klarus door een zestal dimensies bepaald. Zij zijn samen 'noodzakelijk, maar afzonderlijk niet voldoende' om het begrip competentie te definiëren. Het gaat om de volgende zes dimensies:¹⁵³

- *Specificiteit*: het ontwikkelen, benutten en verder ontwikkelen van competenties vindt altijd plaats in een bepaalde context.
- *Integrativiteit*: competenties zijn een ondeelbaar cluster van vaardigheden, kennis, attitude, eigenschappen en inzichten. Het leren van kennis en vaardigheden kan niet van elkaar gescheiden worden.
- *Duurzaamheid*: kenmerkend voor competenties is dat er sprake is van een zekere duurzaamheid. Tegelijkertijd weten we dat competenties veranderlijk zijn in de tijd.

¹⁵⁰ Spencer, L.M., & S. M. Spencer, S.M. *Competence at work. Models for superior performance*. New York: Wiley & Sons, 1993

¹⁵¹ Zie de discussie tussen Korthagen en Tillemans in: Korthagen, F. Zin en onzin van competentiegericht opleiden. *VELON Tijdschrift voor Lerarenopleiders*, p13 - 23 jrg 25 (1) 2004 en Tillemans, H. Gericht werken met competenties in de opleiding. *VELON Tijdschrift voor Lerarenopleiders* jrg 25 (2), 2004

¹⁵² Merriënboer c.s. 2002 aangehaald in: Klarus, R.. Competenties ontwikkelen. In: P.W.J. Schramade, *Handboek Effectief Opleiden*, 's Gravenhage: Delwel, 2000

¹⁵³ Klarus, R. *Competenties ontwikkelen*. In: P.W.J. Schramade, *Handboek Effectief Opleiden*, 's Gravenhage: Delwel, 2000

De duurzaamheid van competenties wordt met andere woorden bepaald door de in tijd en plaats bepaalde context van het handelen.

- *Handelingsgerichtheid*: competenties zijn verbonden met handelen, met activiteiten of taken.
- *Leerbaarheid*: competenties zijn niet in één keer overdraagbaar, wel leerbaar. Wel moet hierbij de opmerking gemaakt worden dat competenties verschillen in de mate van leerbaarheid.
- *Onderlinge afhankelijkheid*: de verschillende competenties staan in een bepaalde relatie tot elkaar. Van een voorwaardelijke relatie zal in veel gevallen geen sprake zijn. Soms zal het verwerven van de ene competentie echter noodzakelijk zijn om een andere te kunnen verwerven.

Competenties bestaan dus uit een veelvoud van verschillende aspecten die met elkaar samenhangen en sterk bepaald worden door de context waarin ze geleerd en benut worden. Door Kip wordt een overzicht gegeven van de verschillende soorten definities van competenties. Hij geeft er vier¹⁵⁴:

- 'Competenties zijn alle persoonlijke kwaliteiten die nodig zijn om organisatiedoelen te bereiken';
- 'Competenties zijn het vermogen tot het leveren van prestaties, gericht op het bereiken van toegevoegde waarde';
- 'Competenties zijn de kwaliteiten die personen inbrengen in hun werkprocessen';
- 'Competenties zijn vaardigheden, talenten, kwaliteiten, kennis, stijl of een mix daarvan'.

Daarnaast legt Kip twee sterk verschillende opvattingen ten op zichte van de definitie van competentie naast elkaar. De eerste opvatting die Kip aanhaalt, komt van Van der Maessen, de Sombreff en Schakel. Zij vinden dat het begrip competentie uitsluitend betrekking heeft op kennis en vaardigheden; overige aspecten als capaciteiten, motivatie en persoonlijke eigenschappen vallen er buiten. Ook zien zij competentie niet als uiting van gedrag of attitude. De tweede opvatting die Kip aanhaalt is die van Thijssen. Thijssen ziet competentie als een cluster van kennis-, vaardigheids- en attitude-elementen, dat geschikt is om een geheel van, als kritisch beschouwde probleemsituaties, in de praktijk adequaat te kunnen hanteren. Thijssen gaat dus verder, hij betreft juist wel het begrip attitude in de definitie van

¹⁵⁴ Kip, R. De initiatiefnemers van competentieontwikkeling en employability, In: Glastra, F. & F. Meijers, *Een leven lang leren? Competentieontwikkeling in de informatiesamenleving*, 's-Gravenhage: Elsevier Bedrijfsinformatie, 2000

competentie. Bovendien betreft hij ook de omgeving en het vermogen om in de omgeving juist in probleemsituaties, oplossingsgericht te denken en te handelen. Verschillende auteurs zoals Buskermolen en de la Parra¹⁵⁵ sluiten zich bij de definitie van Thijssen aan. Ook Bergenhenegouwen, Mooijman en Tillema benadrukken het idee dat individuele competenties meer zijn dan alleen kennis en vaardigheden, zij sluiten zich aan bij de visie van McClelland¹⁵⁶. Bij competenties als persoonlijke bekwaamheid gaat het volgens hen om fundamentele vermogens die ten grondslag liggen aan het handelen van een persoon. Competenties omvatten daarmee onder andere waarden, normen, visies over zichzelf en anderen, creatieve en productieve omgang met kennis en ervaringen, zelfvertrouwen, motivatie en gedrevenheid. Juist deze vermogens zijn voor het omgaan met de doelgroep van de OGGz van groot belang¹⁵⁷. In tegenstelling tot ‘gewone vakkennis en vaardigheden’ zijn deze aspecten moeilijk te leren. Competenties in deze betekenis kunnen worden omschreven als ‘basale persoonlijke eigenschappen, die bepalend zijn voor succesvol handelen in een functie of situatie’. De visie van McClelland sluit hiermee voor een groot deel aan bij de visie van Thijssen. Als er wordt uitgegaan van de visies van McClelland en Thijssen dan kunnen menselijke competenties in hun structuur worden vergeleken met een ijsbergstructuur, zie figuur 4.2.

De zichtbare top bestaat uit waarneembare kennis en vaardigheden die betrekking hebben op de uitoefening van het vak of de functie, zoals vakkennis en technische vaardigheden. Het gaat om instrumentele vaardigheden die worden geleerd in beroeps- en vakopleidingen en gedocumenteerd worden in diploma’s en certificaten.

De tweede laag bestaat uit intermediaire vaardigheden die in meerdere beroepssituaties toepasbaar zijn. Deze worden ook wel breed toepasbare vaardigheden genoemd en omvatten onder andere sociale en communicatieve vaardigheden, algemeen technische en beroepsmatige inzichten, organisatorische kwaliteiten en handelingsoriëntaties. De intermediaire vaardigheden zijn belangrijk met betrekking tot flexibiliteit en multi-

¹⁵⁵ Buskermolen, F. & B. de la Parra. *Een wereld in beweging*. In: Buskermolen, F., B. de la Parra & R. Slotman. Het belang van competenties in organisaties, Utrecht: Lemma, 1999

¹⁵⁶ Bergenhenegouwen, G.J., Mooijman, E.A.M. & H.H. Tillema, *Strategisch opleiden en leren in organisaties*, Deventer:: Kluwer Bedrijfsinformatie, 1998

¹⁵⁷ Vgl. Stein, L. en Santos, A.. *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*, Norton & Company: New York, 1998. Alhoewel de publicatie van Stein & Santos gaat over Assertive Community Treatment is aannemelijk dat de competenties die nodig zijn voor ACT sterke gelijkenis vertonen met competenties die nodig zijn voor de OGGz. Stein & Santos noemen zelfvertrouwen, intelligentie, gezond verstand, empathie, optimisme en sociale en interpersoonlijke flexibiliteit, als benodigde competenties voor ACT.

inzetbaarheid. Ze zijn niet gemakkelijk te leren en vragen om individuele begeleiding en feedback. De instrumentele en intermediaire vaardigheden tezamen zijn te beschouwen als de beroeps- en vakbekwaamheid.

De derde laag bestaat uit de waarden en normen, de ethiek en de moraal van zowel de persoon zelf, de organisatie als de professionele beroepsgroep waartoe de persoon behoort. Deze waarden en normen zijn geïnternaliseerd op basis van eigen inzichten, ervaringen en opleiding. Dit uit zich onder meer in een speciale 'mentaliteit', een speciale kijk op de wereld en anderen, op cultuur, waardigheid en tradities. Deze laag bestaat uit het persoonlijke en professionele referentiekader waarin waarden, oriëntaties, normen en maatstaven een specifieke plaats hebben en waarin de persoon zich markeert. Het zich eigen maken van nieuwe waarden, oriëntaties, normen en maatstaven is een geheel eigenstandig en langdurig socialisatieproces. De eerste drie lagen samen zou de professionele kwalificatie genoemd kunnen worden.



Figuur 4.2 Bron: Bergenhenegouwen, Mooijman, & H.H. Tillema. 'De menselijke competentie in een Ijsbergstructuur', p77

De onderste laag bestaat uit dieperliggende kenmerken zoals persoonlijke geaardheid, het zelfconcept, eigenlijke motieven en de bron van gedrevenheid en inzet van handelen. Deze aspecten van de menselijke competentie zijn niet of nauwelijks zichtbaar, maar sterk bepalend voor het handelen in specifieke situaties. Van deze aspecten aan de basis van de ijsberg wordt aangenomen dat ze moeilijk te ontwikkelen en over te dragen zijn (p77, 78). Voor het contact maken met mensen die wantrouwend staan ten opzichte van de

hulpverlening en die zichzelf waarmakende voorspellingen van uitstoting uitlokken, zijn deze dieperliggende eigenschappen evenwel van doorslaggevende betekenis. In hoofdstuk zes wordt deze stelling verder onderbouwd.

4.5 Conclusie

Leidraad voor dit hoofdstuk is de vraag wat competenties zijn en hoe competenties van professionals discursief gemaakt kunnen worden. De lijn die we in dit boek aanhouden is dat competenties meer zijn dan alleen kennis en vaardigheden en dat ze ook morele oriëntaties, drijfveren, identitaire eigenschappen en cognities omvatten. Dan het tweede deel van de vraag over het discursief maken van competenties. De redenering van Schön en Giddens volgend moeten professionals bevraagd worden naar hun overwegingen en hun achterliggende ideeën en moet hun stilzwijgende kennis opgegraven worden door hen te confronteren met zogenaamde ingevingen ('hunches'), aanwijzingen ('clues') en moeten ze aangemoedigd worden om voorgevoelens en overwegingen vrij naar voren te brengen. Zonder observaties kunnen aspecten die verband houden met de tweede natuur zoals de stijl, de manier van praten, kijken, zitten en lopen, die zo sterk bepalend zijn in sociale situaties, echter niet opgegraven worden. Het complexe en emergente karakter van de hulpverlening blijft zonder observaties buiten beeld. In hoofdstuk zes worden aan de hand van de ijsbergstructuur van Bergenhenegouwen e.a. laag voor laag, als het pellen van een ui, de competenties beschreven die aanknopingspunten bieden voor het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming. Daarbij worden zowel stilzwijgende kennis als expliciete kennis, als ook aspecten van de tweede natuur, in ogeschouw genomen.

5.1 Inleiding

Verskillende onderzoekers hebben competenties van hulpverleners beschreven die nodig zijn om te werken met sociaal kwetsbare mensen in casemanagementpraktijken¹⁵⁸. Zo noemt Wolf respect voor autonomie, respect voor ‘anders zijn’ van cliënten¹⁵⁹; Henselmans noemt geduld, duidelijkheid, kleine in plaats van grote veranderingen nastreven, en directiviteit zonder dwingend te zijn¹⁶⁰. Polstra noemt betrokkenheid, verantwoordelijkheid voelen en nemen, ‘persoonlijk’ contact en in navolging van Van Haaster ‘het creëren van gespreksruimte’¹⁶¹; Stein & Santos noemen zelfvertrouwen, intelligentie, gezond verstand en sociale en interpersoonlijke flexibiliteit. Daarnaast noemen ze levenservaring, kennis van ‘het leven op straat’, geduld, empathie, optimisme, pragmatisme, flexibiliteit, probleemoplossend vermogen, doortastendheid, overredingskracht, een ‘hands on mentality’ en een goed oordeelsvermogen. De aanleiding tot de deelonderzoeken die onderwerp zijn van dit hoofdstuk is het ontbreken van een empirisch gefundeerd onderzoek naar competenties die het mogelijk maken om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen¹⁶². Er zijn wel empirisch gefundeerde studies gedaan naar deelonderwerpen die dicht tegen de vraagstelling van dit hoofdstuk aanliggen; zoals het winnen van vertrouwen of het werken aan motivatie. Deze worden in dit hoofdstuk aangehaald en gecontrasteerd met empirie uit eigen onderzoek. We staan in deze inleiding wat langer stil bij het baanbrekende werk van Henselmans, juist omdat hij expliciet ingaat op het terugdringen van zorgvermijding. Zijn werk is daarom baanbrekend omdat hij de afzijdigheid van de hulpverlening aan de kaak stelde en een werkwijze introduceerde waardoor hulpverleners er op uit trokken, praktische en ongevraagde hulp gingen bieden aan psychotische mensen. Sindsdien zijn outreach, bemoeizorg en het bieden van praktische hulp veel meer gemeengoed geworden. Henselmans beschrijft vier benaderingen die hulpverleners ter beschikking staan: de hulpverlener als ouder en onderwijzer, als koopman, als

¹⁵⁸ Zie voor een overzicht hiervan in: Chinman, M., A. S. Young, M. Rowe, S. Forquer, E. Knight & A. Miller. An Instrument to Assess Competencies of Providers Treating Severe Mental Illness. *Mental Health Services Research: Volume 5, Number 2, P97 – 108, 2003*.

¹⁵⁹ Wolf, J. *Oude bekenden van de psychiatrie*. SWP: Utrecht, 1990

¹⁶⁰ Henselmans: 1993

¹⁶¹ Polstra, L. *Tussen isolement en integratie*. SWP: Utrecht, 1997

¹⁶² Stein & Santos: 1998.

onderhandelaar en als diplomaat (p51-56). Afhankelijk van de fase van de hulpverlening kan de hulpverlener gebruikmaken van één van deze benaderingen. In deze studie wordt weliswaar gebruik gemaakt van zijn inzichten, maar worden er ook andere accenten gelegd dan de benaderingen die Henselmans voorstaat.

Waar Henselmans cliënten probeert te *verleiden* tot hulp, helpen de hulpverleners die in dit hoofdstuk geportretteerd worden cliënten om te *kiezen*. De vier benaderingen van Henselmans gaan uit van hulpverleners die doelen in hun hoofd hebben en die cliënten vervolgens willen verleiden om mee te gaan in die richting. De vier benaderingen van ouder en onderwijzer, koopman, diplomaat en onderhandelaar laten machtsongelijkheid zien tussen 'patiënt' en hulpverlener en geven blijk van een instrumentele benadering. Henselmans wordt dan ook wel bevoogding en paternalisme verweten¹⁶³. Zowel in Henselmans' programma als in de methodologie (Goal Attainment Scaling, red.) spelen *doelen* een grote rol. Het programma dat we in dit hoofdstuk gaan onderzoeken daarentegen richt zich niet zozeer op het *stellen van doelen* als wel op het *markeren van resultaten*. In hoofdstuk twee hebben we naar voren gebracht dat mensen die in anomische processen verzeild zijn geraakt weinig vertrouwen hebben in zichzelf, in de toekomst en of in instituties, waaronder de hulpverlening. Deze mensen zoeken naar tekenen van opportunisme bij hulpverleners die bevestigend zijn voor een wereldbeeld waarin de wereld c.q. de hulpverlening toch niet deugd. Hiermee samenhangend zoeken we in het kader van dit onderzoek naar een praktijk waar hulpverleners te vinden zijn die vertrouwen kunnen winnen, die zelfvertrouwen kunnen versterken, die situaties weten te creëren waar krenking en machtsongelijkheid worden vermeden of weggewerkt. Een praktijk waar het aansluiten en afstemmen op sociaal kwetsbare mensen een vorm aanneemt waarbij vicieuze cirkels zoals die in hoofdstuk twee zijn beschreven, worden ontlopen. We komen hier nog uitgebreid terug in de bespreking van exempla 19 t/m 23, zie paragraaf 5.3.4.2 van dit hoofdstuk.

Los van het feit dat Henselmans niet specifiek ingaat op zorgverlamming en dat zijn programma toegesneden is op psychotische mensen, zijn er dus inhoudelijke redenen om te onderzoeken of er nog andere wegen zijn om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen. Er waren echter nog drie redenen voor een theorievormend onderzoek naar competentieontwikkeling in de OGGz.

¹⁶³ Zie Kuypers, P. & J. van der Lans. *Naar een modern paternalisme: over de noodzaak van sociaal beleid*. Amsterdam: de Balie, 1994

1. Hulpverleners, maar ook dienstverleners als politieagenten en woonconsulenten, zijn opgeleid voor een beroep en werken binnen instellingen met een welomschreven missie, terwijl de praktijk van de OGGz vraagt om een integrale benadering¹⁶⁴. Bovendien bereiden de beroepsopleidingen in het hoger onderwijs professionals niet specifiek voor op het werken in de OGGz. Eind jaren negentig bleek er steeds meer behoefte aan een beschrijving van methodieken en competenties voor het werken in de OGGz.
2. Tegelijkertijd kwam er een omvangrijke vraag naar scholing op gang voor professionals in de OGGz. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) constateert dat niet alle netwerkpartners qua deskundigheid geëquipeerd zijn om ten behoeve van zorgwekkende zorgmijders te werken, terwijl juist hun complexe problematiek bijzondere deskundigheid vraagt¹⁶⁵. Deze inhoudelijke redenen vielen samen met de vraag van de GGD in Groningen om de ontwikkelde werkwijze van het Vangnet & Adviesproject te beschrijven en overdraagbaar te maken naar andere hulpverleners. Een deel van de empirie in dit hoofdstuk is ontleend aan dit onderzoek dat zich afspeelde in 1989/99.
3. Met betrekking tot dit specifieke werkveld wijzen Anthony en Anthony e.a. op de noodzaak om hulpverleningsprocessen meer onderwerp te maken van studie en niet alleen te kijken naar uitkomsten en structuurkenmerken, onder andere met naturalistisch onderzoek¹⁶⁶. Het onderzoek dat we hier gaan beschrijven bouwt voort op deze constatering.

De vraagstelling voor dit hoofdstuk luidt als volgt: *welke competenties stellen professionals in de OGGz in staat om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen?* Achtereenvolgens komen in dit hoofdstuk aan bod: de onderzoeksopzet, het verloop van het empirisch onderzoek, waaronder het opgraven van kennis en de resultaten van het onderzoek gerangschikt naar de vier lagen van de ijsbergstructuur (afbeelding 4.2) en de conclusie.

¹⁶⁴ Schout, G., G. Lohuis & R. Schilperoort. Onderwijs in nabijheid. *Onderwijs & Gezondheidszorg*. Nr. 5, p9 – 13, september 2002

¹⁶⁵ Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). *Deelrapport 'Van overlastbestrijding naar bemoeizorg; een onderzoek naar de kwaliteit van de ketenzorg voor zorgwekkende zorgmijders'*. IGZ, 2003

¹⁶⁶ Anthony, W. A. Studying evidence-based processes, not practices. *Psychiatric Services*. Vol. 54 No. 1, p 7, January 2003. Zie ook: Anthony, W. A., E. S. Rogers & M. Farkas. Research on evidence-based practices: Future directions in an era of recovery. *Community Mental Health Journal*, 39(2), p101-114, 2003

5.2 Onderzoeksoptzet

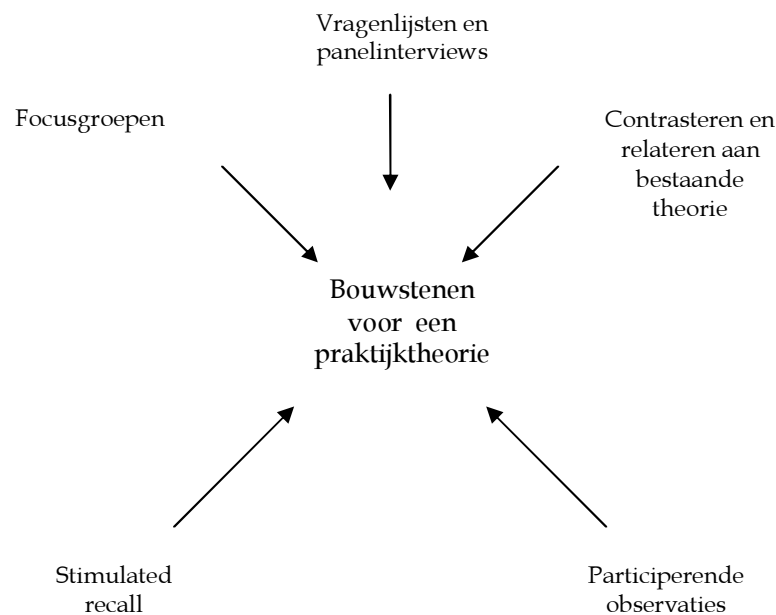
Voor de beschrijving van de werkwijze van de vijf hulpverleners die werkzaam waren bij het Vangnet & Adviesproject is onder andere gebruik gemaakt van een veldonderzoek¹⁶⁷. Veldonderzoek is volgens Swanborn aangewezen als er sociale processen bestudeerd moeten worden die niet stabiel zijn en waar de relaties tussen ‘woorden en daden’ onderdeel uitmaken van het proces (p358). In dit onderzoek is dit het geval. De relatie tussen ‘woorden en daden’ is in dit onderzoek van bijzondere betekenis. Zoals we in hoofdstuk vier naar voren hebben gebracht weten mensen intuïtief hoe ze in uiteenlopende contexten moeten handelen zonder dat ze dat precies kunnen verwoorden. Vanzelfsprekend geldt dit ook voor hulpverleners. Stilzwijgende kennis, of in de woorden van Giddens ‘praktisch bewustzijn’, maakt dit bewegen in uiteenlopende contexten mogelijk. Een belangrijk deel – zoals we later in dit hoofdstuk zullen zien – van de werkwijze bestaat uit routine, subtiele gedragingen en stilzwijgende kennis die moeilijk met vragenlijsten of interviews te achterhalen is. Een traditionele methode van interviews of enquête is in dit onderzoek niet toereikend om de aard van de werkwijze van de hulpverleners te beschrijven. Naast (panel)interviews en vragenlijsten is daarom gewerkt met directe waarneming (participerende observaties).

Wat de methodische aanpak betreft, is in dit onderzoek niet primair een deductieve, maar een inductieve lijn gevolgd. Eerst hebben we echter wel kennis genomen van bestaande theorieën en empirie om een veldonderzoek vorm te kunnen geven. We zijn, met andere woorden, heen en weer gegaan tussen empirie en theorie (*theoretical sampling*). Daarbij is voortgebouwd op het onderzoek dat in Nederland en in het buitenland is gedaan op het gebied van casemanagement ‘for people with severe and ongoing mental health problems’. Het doel van het veldonderzoek is geweest om langs de weg van kwalitatieve inductie te komen tot concrete bevindingen over het onderwerp. Het onderzoek dat we in dit hoofdstuk gaan beschrijven bestond uit vier onderdelen: (1) een veldonderzoek met voornamelijk directe waarneming; (2) verbetering van de aangetroffen werkwijze met focusgroepen; (3) sessies waarin met stimulated recall¹⁶⁸ stilzwijgende en discursieve praktijkkennis als het ware werd ‘opgegraven’; (4) achterhalen van theoretische noties waaraan de gevonden werkwijze gecontrasteerd en gerelateerd werd; (5) een aanvullende survey met nadien

¹⁶⁷ Swanborn, A. *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Inleiding in ontwerpstrategieën*. Boom: Meppel, 1984

¹⁶⁸ De systematische vorm van hardop denken die we in deze methode hebben gebruikt staat dichtbij wat Busse & Borromeo Ferri aanduiden als ‘stimulated recall’. Zie Busse, A. & Borromeo Ferri, R. Methodological reflections on a three step design combining observation, stimulated recall and interview. *ZDM Vol. 35 (6) p 257 – 264, 2003*

paneldiscussies om persoonlijke eigenschappen te achterhalen die de werkwijze constitueert (zie afbeelding 5.1).



Afbeelding 5.1 De verschillende onderdelen van het exemplarisch praktijkonderzoek

Het onderzoek als geheel kan wellicht het best getypeerd worden als een exemplarisch praktijkonderzoek¹⁶⁹. Exemplarisch omdat hier één praktijk en uiteindelijk binnen die ene praktijk twee hulpverleners internsief zijn onderzocht en als voorbeeld (exempla) dienst doen. Anderzijds is het ook weer geen typisch praktijkonderzoek omdat niet zozeer de ontwikkeling van een handelingsrepertoire als wel een praktijktheorie wordt nagestreefd. Een andere afwijking van een typisch exemplarisch praktijkonderzoek is dat in dit onderzoek verbeteringen nagestreefd in de gevonden werkwijze. Het is echter ook geen exemplarische handelingsonderzoek¹⁷⁰ (waar doorgaans wel verbeteringen in het handelen worden nagestreefd) omdat de beoogde praktijktheorie ook betrekking heeft op de condities en constituerende voorwaarden. De verschillende onderdelen van dit onderzoek worden in dit hoofdstuk nog apart ingeleid en verantwoord.

In de verschillende onderdelen van het onderzoek heeft zich een iteratief proces voltrokken van dataverzameling, data-analyse en het voorleggen van tussenproducten aan panels. Bij

¹⁶⁹ Doets, C. *Exemplarisch praktijkonderzoek. Suggesties voor een praktijkgerichte onderzoeksbenadering*. Amersfoort: de Horstink, 1982

¹⁷⁰ Coenen, H.M.J. *Handelingsonderzoek als exemplarisch leren: een bijdrage aan de fundering van de methodologie van handelingsonderzoek*. Groningen:Konstapel, 1987

de data-analyse zijn twee vormen van triangulatie toegepast: methodologische triangulatie en data- en onderzoekstriangulatie¹⁷¹. Data- en onderzoekstriangulatie is gebruikt door de uitkomsten van de verschillende onderzoeksmethoden met elkaar in verband te brengen en te vergelijken. Methodologische triangulatie is gebruikt om de zwakke kanten van elk afzonderlijk instrument te compenseren. De betrouwbaarheid van participerende observaties is over het algemeen niet groot en de validiteit van vragenlijsten is beperkt, samen kunnen ze echter een valide en betrouwbaar beeld geven van de werkwijze en de praktijktheorie die hieraan ontleend is. In verschillende fasen van het onderzoek is verder de intersubjectieve navolgbaarheid versterkt door met andere onderzoekers hetzelfde onderzoeksmateriaal te beoordelen op interpretaties.

Er worden in dit hoofdstuk vergelijkingen gemaakt in de tijd, tussen het veldonderzoek uit 1989/99 en uitkomsten van een programma-evaluatie in opdracht van de gemeente Groningen in 2004; er worden vergelijkingen gemaakt tussen Groningen en andere praktijken; en er worden vergelijkingen gemaakt tussen de aangetroffen praktijk en theorie. We gaan nu het verloop van het empirisch onderzoek beschrijven en gaan daarbij eerst in op de keuze van een 'good practice'.

5.3 Het verloop van het empirisch onderzoek

5.3.1 De keuze van een 'good practice'

Het team dat we in dit hoofdstuk gaan portretteren bestond ten tijde van het veldonderzoek uit vijf hulpverleners waaronder twee sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, twee HBO-V'en en één maatschappelijk werker. Het team Vangnet & advies is in 1998 van start gegaan om zorg beschikbaar te krijgen voor mensen die niet zelf hulp zoeken maar die wel nodig hebben, of om andere redenen geen hulp ontvangen van reguliere instellingen. Naast zorg en toeleiding naar de reguliere zorg was het project gericht op methodiekontwikkeling zodat de in het project ontwikkelde werkwijzen konden worden overgedragen aan reguliere instellingen. Het project nam ten tijde van het veldonderzoek jaarlijks ongeveer 400 mensen in zorg.

¹⁷¹ Kley, van der P. *Triangulatie: of hoe gebruik je verschillende methoden voor onderzoek van alledaagse interactieprocessen in schoolklassen?* In: In: L. van der Kamp & M. van der Kamp (Eds.) *Methodologie van onderwijsresearch*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1982

Afgezien van het feit dat het management van de GGD in Groningen had gevraagd om het beschrijven en overdraagbaar maken van de werkwijze, waren er ook inhoudelijke redenen om juist de praktijk van het Vangnet & adviesproject in Groningen voor dit deelonderzoek onder de loep te nemen. In hoofdstuk drie is naar voren gekomen dat het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming samenhangt met specifieke competenties van professionals en met specifieke condities (zie afbeelding 3.5). In 1998 kon de Groningse praktijk¹⁷² om verschillende redenen gezien worden als een ‘good practice’. Jaarlijks 400 cliënten in zorg nemen is op zichzelf al een aanwijzing dat het terugdringen van zorgvermijding kennelijk in ieder geval getalsmatig slaagt. Het tegelijkertijd voorkomen van competenties en een aantal condities die naar voren zijn gekomen in hoofdstuk drie kunnen echter ook opgevat worden als een aanwijzing voor een ‘good practice’. We gaan deze aanwijzingen nu eerst wat beter bekijken.

Op 21 september 1996 verschijnt in het weekblad *Vrij Nederland*¹⁷³ een uitgebreid portret van het zogenaamde Zorgcoördinatieproject Groningen, in verschillende opzichten een voorloper van het Vangnet & adviesproject¹⁷⁴. De journalist portretteert vijf hulpverleners die linksom of rechtsom contact proberen te krijgen met mensen die zorg mijden, ‘*desnoods via de brievenbus*’. Een voorbeeld van deze vasthoudendheid maar ook creativiteit, komt naar voren in het volgende fragment:

‘Gerard Lohuis (35) kijkt op zijn horloge. Het is kwart voor acht ’s morgens. Officieel is zijn werkdag nog niet begonnen. Waarschijnlijk zijn we nog net op tijd. Meestal gaat Henriette zo rond acht uur de binnenstad van Groningen in. Twee uur later kan ze de eerste fles jenever al zonder dop omgekeerd boven haar hoofd houden zonder nat te worden.’(p42)

Teneinde op tijd te komen om contact te kunnen maken met de cliënt in kwestie, gaat de hulpverlener in dit fragment voor aanvang van de werkdag bij de cliënte langs. Niet regels van de instellingen of codes over hoe het hoort zijn in dit fragment de maat der dingen, maar

‘doen wat nodig is’ (p43).

¹⁷² Bedoeld wordt het systeem van samenwerkende maatschappelijke instellingen in de OGGz van de gemeente Groningen.

¹⁷³ Verbraak, C. Desnoods door de brievenbus. Chronisch radeloos in Groningen. *Vrij Nederland* p42 t/m 47, 1996

¹⁷⁴ Twee gezichtsbepalende hulpverleners gingen van het Zorgcoördinatieproject over naar het Vangnet & advies en namen de kennis en ervaring die in het eerste project waren opgedaan mee.

Even verderop komt een ander teamlid aan het woord:

‘Ons uitgangspunt is: de klant hoeft niets te willen, wij willen contact. Wij zijn degenen die zich zorgen maken over iemand maken. Uiteindelijk komt er altijd wel iets in beweging. Je staat niet zomaar voor zo’n deur, er is iets aan de hand: de woningbouwvereniging dreigt met huisuitzetting, de politie komt aan de deur. Er komt dus een moment waarop die deur opengaat. Dan moet je niet zeggen: ik kom jou beter maken. Nee, ik kom eens kijken hoe het met jou gaat. Als je iets kunt doen op het gebied van huurschulden of de sociale dienst, is het pleit meestal snel gewonnen.’(p43)

In hoofdstuk drie is aan de hand van Giddens’ structuratietheorie naar voren gekomen dat competente actoren structuren door betekenisgeving en interactie kunnen veranderen en hulpbronnen en randvoorwaarden weten aan te boren en te benutten. In dit fragment komt een hulpverlener naar voren hulpverlener die zichzelf niet ziet als iemand die komt interveniëren, maar als iemand die werkelijk belangstelling heeft hoe het gaat en van daaruit zijn diensten aanbiedt. In het fragment, maar ook in de rest van het artikel wordt duidelijk dat andere instanties en hulpverleners voortdurend betrokken worden bij, of zelfs mede verantwoordelijk gemaakt worden voor een goed verloop van de hulpverlening. In hetzelfde artikel komt even later een andere hulpverleenster aan het woord, ze zegt:

‘[... wel degelijk een gevoel van vriendschap voor ze [de cliënten, red.] te voelen. Ik ben ook echt niet continu als therapeut bezig. Ik pak rustig even een stofdoek, of ik doe een afwas. Privé zou ik ze natuurlijk nooit opzoeken. Ik ga ook nooit naar hun verjaardag.’(p45)

De opstelling van de hulpverleenster is verre van procedureel, het is eerder een betrokken opstelling die het contact en het vertrouwen herstelt door (eerst) dingen te doen. Het blijft niettemin een functioneel contact, ze gaat de cliënten immers niet privé opzoeken. We komen in paragraaf 5.3.4 uitgebreid terug op deze vorm van betrokkenheid.

De praktijk in Groningen werd in 1998 opnieuw geportretteerd in het Maandblad Geestelijk Volksgezondheid (MGV)¹⁷⁵. Ook in dit artikel zijn aanwijzingen te vinden dat er competenties en condities aanwezig zijn in deze praktijk, die kunnen helpen om de onderzoeksvragen van deze dissertatie te beantwoorden.

¹⁷⁵ Lohuis, G., W. Schulte & F. Jongsma. Opvang van dak- en thuisloze in de stad Groningen, *MGV*, nr. 4, p379 - 387, 1998

‘In 1993 werd in Groningen gestart met een inloopspreekuur voor dak- en thuislozen met (ernstige) psychiatrische en/of verslavingsproblemen. Het spreekuur werd opgezet door een maatschappelijk werkster, een arts van de RIAGG en een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, vanuit verontwaardiging over het feit dat de hulpverlening steeds weer moet beginnen met puinruimen. De praktijk leerde dat deze groep onvoldoende gebruik weet te maken van het bestaande hulpaanbod, of omdat ze door de hulpverleners geweerd worden omdat ze ‘moeilijk zijn’. Het was gebleken dat de hulpverleningsinstellingen te hoge drempels voor deze groep opwerpen en de neiging vertonen om deze groep buiten de deur te houden.’(p379)

Kennelijk is er in deze gemeente en binnen de maatschappelijke instellingen ruimte voor het nemen van initiatieven zoals deze. In het artikel komt naar voren hoe de hulpverleners dak- en thuislozen in contact brengen met maatschappelijke instellingen, psychiatrische crises voorkomen, maar ook hoe men omgaat met privacy in een omgeving waar voortdurend andere dak- thuislozen meeluisteren en meekijken. Een fragment:

‘De methodiek wordt gekenmerkt door het inschakelen van belangrijke anderen, waaronder andere zwervers die een sturende invloed hebben op de bezoeker. Privacy is een kostbaar gegeven maar heeft in de praktijk van de zwerverij een andere betekenis dan elders omdat problemen soms letterlijk op straat liggen. Men is gewend om problemen te bespreken waar anderen bijzijn. De hulpverlener ervaart het zelf nog wel eens als een probleem om te midden van anderen een anamnese af te nemen.’(p383)

Ook dit fragment geeft blijk van een onorthodoxe en creatieve benadering van dilemma’s als privacy in de praktijk. In het artikel zijn meer aanwijzingen te vinden dat de werkwijze van de betrokken hulpverleners aanknopingspunten biedt voor het onderzoeken en beschrijven van de beoogde condities en competenties.

In een ander artikel, dit keer in het vaktijdschrift Sociale Psychiatrie (SP)¹⁷⁶ wordt verslag gedaan van het eerste jaar van het Vangnet en Advies project. In het artikel komt naar voren dat er sprake is van informeel contact tussen dienstverleners, hulpverleners en instellingen maar dat er ook formele afspraken zijn over de samenwerking tussen maatschappelijke instellingen in de stad Groningen. Een fragment.

‘Groningen is gelukkig niet zo’n grote stad, waardoor de instellingen en medewerkers elkaar relatief gemakkelijk kunnen vinden. Er is langzamerhand een goede samenwerking ontstaan tussen vele projecten, bijvoorbeeld het Zorgcoördinatieproject (sinds 1996 opgegaan in een ambulant team van

¹⁷⁶ Lohuis, G., R. Schilperoort & W. Willemse. Het vangnet van de (o)GGz ? Project Vangnet en Advies te Groningen. *SP nr 50, p15 - 21, maart 1998*

zorgcoördinatoren), het preventieproject 'Mijn buurman is gek', het Dubbele Diagnoseproject, het Meldpunt Overlast en het Convenant Wonen.(p15)

Alhoewel er (toen nog) geen OGGz convenant was afgesloten en er ook nog geen registratiesysteem was, waren er kennelijk wel afspraken tussen de GGZ, de verslavingszorg en de woningbouwverenigingen. Bovendien was er al vroeg een Meldpunt Overlast in het leven geroepen. Verschillende condities in de Groningse praktijk en condities in afbeelding 3.5 vallen dus samen.

Het vernieuwende karakter van de praktijk zoals we die aantreffen in 1998/99 hangt mede samen met een langlopend samenspel tussen universiteit en werkveld dat begon met het onderzoek van Wolf naar 'Oude bekenden'¹⁷⁷. Dit onderzoek en het Zorgcoördinatieproject¹⁷⁸ dat daar deel van uitmaakte, zorgden mede voor een klimaat van gezamenlijke verantwoordelijkheid van verschillende voorzieningen voor cliënten die tussen wal en schip dreigden te raken. De ontwikkelde werkwijze maakte het mogelijk dat cliënten die eerder moeilijk bereikbaar waren, in zorg werden genomen. Sinds het midden van de jaren negentig is er in Groningen bovendien een traditie ontstaan van congressen en workshops die inspiratie bood, en nog steeds biedt, voor andere praktijken die zich bezighouden met de zorg voor sociaal kwetsbare mensen. De workshops, congressen en publicaties die in deze praktijk ontstonden, en het samenspel tussen voorzieningen, universiteit en hulpverleners, maken duidelijk dat hier aanknopingspunten gevonden konden worden voor het terugdringen van zorgverlamming en zorgvermijding.

Oplettende lezers hebben inmiddels opgemerkt dat er in hoofdstuk 3 kritiek is geuit op vangnetpraktijken (doorgeleiding zou niet werken bij anomische mensen) en dat hier toch gekozen is om een vangnetpraktijk te portretteren. Drie opmerkingen zijn hier op zijn plaats. Allereerst is een 'good practice' niet bedoeld als de *beste praktijk*, maar als een praktijk waar onderzoeksmateriaal te vinden is waarvan geleerd kan worden. De gebreken en tekortkomingen die in de Groningse praktijk wel degelijk te vinden waren worden ook niet onder de mat geveegd, maar gebruikt om er aanwijzingen uit af te leiden. Ook is het niet zo, omdat de Groningse praktijk gekozen is, dat andere praktijken niet zouden voldoen aan de zoekcriteria (aanknopingspunten voor het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming). De publicaties van Henselmans¹⁷⁹, Van der Lindt¹⁸⁰, Hendrix¹⁸¹, Kroon¹⁸²

¹⁷⁷ Wolf: 1990.

¹⁷⁸ Polstra: 1997.

¹⁷⁹ Henselmans: 1993

laten zien dat er in Nederland verschillende andere innovatieve praktijken te vinden waren. Nog een laatste argument gaat over de tijd volgorde. In de inleiding is genoemd dat deze dissertatie is ontstaan uit zeven jaar praktijk – theorie interacties. De gebreken van vangnetpraktijken werden pas later duidelijk, toen er vergelijkingen met andere praktijken konden worden gemaakt en toen de OGGz praktijk voor de tweede keer in 2004 door ons werd geëvalueerd.

Overigens hadden ook anderen de indruk dat het Vangnet & advies project gezien kon worden als een ‘good practice’. Dit blijkt uit het feit dat de praktijk tot twee keer toe gelauwerd is met prijzen, de Jan Bastiaanse Prijs in 2001 en de GGD Nederland prijs in 2003. In 2002 is bovendien één van de geportretteerde hulpverleners in dit hoofdstuk onderscheiden met de NFGV prijs 2002.

5.3.2 Het veldonderzoek

Volgens Russell¹⁸³ gaat het er bij veldonderzoek om om dicht bij mensen te komen en ervoor te zorgen dat ze zich op hun gemak voelen, waardoor het mogelijk wordt om te observeren en informatie in te winnen (p322). Hoewel er bij veldonderzoek meestal sprake is van het inwinnen van gegevens uit meerdere bronnen, maakt deelnemende waarneming of participerende observatie altijd deel uit van de gebruikte methode. Ten Have¹⁸⁴ schrijft aan veldonderzoek twee kenmerken toe: een vaak langdurige en intensieve omgang tussen onderzoeker en onderzochten en het improviserende karakter dat dit onderzoek heeft (p9). Hij wijst er bovendien op dat groepen al doende een eigen levenswijze en een eigen visie ontwikkelen, die voor een ander inzichtelijk kan worden als die zich tot op zekere hoogte verplaatst in hun leven. Dat vergt een zekere toenadering tussen onderzoeker en onderzochten, het aangaan van een veelal tijdelijke maar toch ook wel intensieve relatie van bijzondere aard. Russell onderscheidt bij veldonderzoek drie rollen: de complete participant, de participerende observant en de complete observator. De eerste gaat op in de onderzochte wereld en is niet van een groepslid te onderscheiden. De derde volgt de onderzochten en onthoudt zich zoveel mogelijk van interactie. De tweede neemt deel en tekent informatie op,

¹⁸⁰ Lindt, S. van der. *Bemoei je ermee ! Leidraad voor assertieve psychiatrische hulp aan zorgmijders*. Van Gorcum: Assen, 2000

¹⁸¹ Hendrix, H. (Red), *Handboek bemoeizorg. Je gaf niet thuis*, Riagg Nijmegen, 1998

¹⁸² Kroon: 1996

¹⁸³ Russell, B.H. *Research Methods in Anthropology. Qualitative and Quantitative approaches*. Alta Mira Press, Walnut Creek, 2002

¹⁸⁴ Have, P. ten. *Sociologisch veldonderzoek*. Meppel: Boom, 1977

hij kan insider zijn die observeert en hij kan outsider zijn die participeert. De meeste veldonderzoekers nemen deze laatste positie in, zo ook schrijver dezes. In veldonderzoek gaat het om het leven zoals dit zich zou afspelen als de onderzoeker er niet zou zijn. De mate waarin deze outsider heeft geparticipeerd speelde in dit deelonderzoek een bijzondere rol. Soms was het niet alleen meepraten, maar ook mee afwassen, mee opruimen en daarna snel op de wc aantekeningen maken om het werkgeheugen te ontlasten en zo weer opnieuw volluit informatie op te kunnen nemen. Niet verstoren impliceerde soms flink participeren. Het meekijken, meedoen en meepraten is in dit onderzoek soms niet mogelijk geweest omdat de aanwezigheid van de onderzoeker de hulpverlening zou verstoren. In een aantal situaties waar wantrouwen en achterdocht een sterke rol speelden was participerende observatie niet mogelijk. Omdat juist deze situaties voor het beantwoorden van de hoofdvraagstelling belangrijk waren, zijn deze situaties met de betrokken hulpverlener nadien op het kantoor van de GGD gereconstrueerd.

Er zijn uit meerdere bronnen gegevens verzameld en geanalyseerd. Ook is er gebruik gemaakt van meerdere onderzoeksmethoden om een zo nauwkeurig mogelijk beeld te krijgen van de gehanteerde werkwijze¹⁸⁵. De gebruikte onderzoeksmethoden zijn: inhoudsanalyse van 65 dossiers; 20 semi-gestructureerde interviews met sleutelfiguren van binnen en buiten de organisatie en met vijf cliënten; documentenanalyse van twee projectverslagen en voortgangsrapportages¹⁸⁶; participerende observaties door met de vijf hulpverleners mee te lopen en door zorgconferenties¹⁸⁷ en vergaderingen bij te wonen. Op de fiets door de stad, of nakaartend op het bureau, zijn soms meer en soms minder gestructureerd, aanvullende vragen gesteld aan de hulpverleners van het team. Het proces van dataverzameling is niet ‘blanco’ begonnen, de waarnemingen zijn gedaan aan de hand van een raamwerk dat in een voorstudie was ontwikkeld. Schatzman & Strauss¹⁸⁸ duiden dit aan als een ‘angle of observation’ (p55). Dit raamwerk bestond uit verschillende variabelen. Er is gekeken naar vaardigheden, competenties, interventies, werkwijzen, randvoorwaarden, vergaderingen, samenwerkingsverbanden, vormen van registratie en meldstructuren.

¹⁸⁵ Miles, M.B. & A.M. Huberman. *Qualitative Data Analysis*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994

¹⁸⁶ Schout, G. *De proceskant van Vangnet & advies*, HVD-GGD, 1998 en zie: GGD Groningen. *Vangnet & Advies: eerste evaluatie*. HVD-GGD, 1997

¹⁸⁷ Zorgconferenties zijn bijeenkomsten waar alle hulpverleners die betrokken zijn bij een cliënt(systeem) overleg voeren. Doel van de conferenties is om de hulpverlening op elkaar af te stemmen.

¹⁸⁸ Schatzman, L & A.L. Strauss. *Fieldresearch. Strategies for a Natural Sociology*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1997

Tijdens dit proces van dataverzameling zijn voortdurend notities gemaakt. Schatzman & Strauss maken onderscheid tussen drie soorten notities; observatienotities, theoretische notities en methodologische notities. Observatienotities zijn registraties van wat de onderzoeker heeft waargenomen; theoretische notities zijn aantekeningen over de ideeën die de onderzoeker ontwikkelt en in methodologische notities worden de procedures vastgelegd die de onderzoeker volgt (p99). Enkele voorbeelden:

Exempla 6

C. geeft het echtpaar geld voor een strippenkaart. # Observatienotitie (on) 12/1/99

Einde

~

Exempla 7

G. en ik knippen de heg van de heer B. De heer B. staat er bij en gaat op verzoek van G. een vuilniszak halen. G. bedankt en complimenteert hem. (Later op de fiets naar kantoor)

Ik: Waarom deden we dat [de heg knippen, red.]?

G.: Als we die heg niet knippen gaan de burens bellen naar de woningbouw. B. is verplicht om als bewoner zijn heg te knippen, doet hij dat niet en wordt de heg te hoog dan grijpt de woningbouw in. B. krijgt dat zelf niet voor mekaar. B. is een schizofrene man die bij het zien dat de heg te hoog wordt verstrikt raakt in bedenken wat er allemaal moet gebeuren. Hij heeft alle energie nodig om de gewone dingen te doen. Dat hij die vuilniszak brengt dat is eigenlijk geweldig. #on2/10/98¹⁸⁹

Einde

~

Exempla 8

[later op kantoor worden de volgende notities gemaakt]

Biomedische kennis en kennis van cognitieve psychologie (wellicht ontleend aan Van den Bosch¹⁹⁰) zijn vermengd met praktische dingen doen. # theoretische notitie (tn) 3/9/98.

Er op letten of andere hulpverleners van Vangnet & advies deze kennis ook weten te combineren en toe te passen. # methodologische notitie (mn) 4/10/89

Einde

In de eerste weken zijn vooral observatienotities gemaakt. Het betrof met name een groot aantal registraties met een minimum aan interpretaties over interventies, gebeurtenissen,

¹⁸⁹ We komen uitgebreid op dit fragment terug in paragraaf 5.3.4.1.

¹⁹⁰ De onderzoeker vermoedt dat biomedische kennis en kennis van cognitieve psychologie die in onderzoek en publicatie van Van den Bosch terug te vinden zijn, terechtgekomen is in deze praktijk. Zie: Bosch, R.J. van den *Psychosen*. In: Molen, H.T. van der, Perreijn, S. en Hout, M.A. van den (red.) *Klinische psychologie. Theorieën en psychopathologie*. Groningen: Wolters-Noordhoff. p785-822, 1997

vergaderingen, samenwerkingsverbanden, vormen van registratie, maar ook over het gebouw. Een voorbeeld van dit laatste:

Exempla 9

De uitstraling van het interieur is zakelijk, functioneel en misschien zelfs wel een beetje chique. Cliënten lijken zich hier prettig te voelen. De entree van het GGD gebouw is ruim en vrij te betreden. Een aantal, dat de nabijheid van anderen moeilijk verdragen en gevoelig zijn voor kleine, volle of gesloten ruimten, lijkt het hier goed te doen. OGGz-clients bewegen zich hier tussen mensen die komen voor een vaccinatie. #on2/9/98

Einde

Het registreren is later afgewisseld met het uitwerken van ideeën en het maken van vergelijkingen; vergelijkingen tussen notities in de tijd, tussen databronnen, tussen aannamen en waarnemingen. Geleidelijk werd het aantal theoretische en methodologische notities groter en begon er een proces van uitwerken van ideeën, vergelijken, formuleren, weer vergelijken, herzien en uiteindelijk schrijven van een theoretiserende tekst. Uit de vier databronnen is een groot aantal activiteiten opgetekend die vervolgens ingedikt en geclusterd zijn tot 73 activiteiten. Deze zijn uiteindelijk voorzien van een label en gecategoriseerd in een ordeningsmodel. Deze opsomming is in zijn geheel afgedrukt in bijlage 2. De ordening van activiteiten is ontleend aan Intagliata¹⁹¹. Deze ordening is gebruikt omdat uit het empirisch materiaal zelf geen geschikte ordening kon worden afgeleid. Uit de empirie ontstane ordeningen bleken onevenwichtig gevuld met activiteiten en boden onvoldoende mogelijkheden om de uitputtendheid te controleren. De ordening van Intagliata is voldoende breed om alle activiteiten in te sluiten en bood bovendien goede mogelijkheden om de uitputtendheid¹⁹² van de activiteiten te controleren. De ordening heeft ook een functie gehad in het opnieuw zoeken naar activiteiten als categorieën nauwelijks ‘gevolgd’ waren met activiteiten. Door herhaald voorleggen van tussenproducten aan de hulpverleners en bijstellen van de beschreven methodieken, werden ze gevalideerd en

¹⁹¹ Intagliata, J. Improving the quality of community care for the chronically disabled: The role of casemanagement. *Schizophrenia Bulletin*, 8 (4), p655-674, 1982.

¹⁹² Alhoewel doorgegaan is met het optekenen van activiteiten totdat geen nieuwe activiteiten werden gevonden, wordt niet gepretendeerd dat de lijst uitputtend is. Nieuwe doelgroepen, nieuwe medewerkers, veranderende werkwijze van maatschappelijke instellingen waar Vangnet & advies mee te maken heeft, kunnen nieuwe activiteiten doen ontstaan of bestaande activiteiten doen verdwijnen (naar andere hulpverleners).

taalkundig verbeterd. Een voorbeeld van activiteiten uit de eerste categorie is: 'Assessment' (zie tabel 5.1).

CATEGORIE	ACTIVITEIT
Assessment	<p>contact maken, via burens, praten via de brievenbus, via brieven</p> <p>tonen van empathie (ogen neerslaan, hand vastpakken)</p> <p>underdog 'spelen'</p> <p>invoezen, mimiek afstemmen, rituelen en taalgebruik afstemmen op cliënt</p> <p>navragen wat er aan de hand is</p> <p>navragen wat men wil</p> <p>navragen hoe het feitelijke leven er uit ziet</p> <p>navragen hoe de cliënt zou willen leven</p> <p>navragen wat de cliënt er voor over heeft</p> <p>navragen naar relatie met familie, vrienden, kennissen, burens</p> <p>informereren naar bezigheden, hobby's, arbeidsverleden</p> <p>informereren naar middelengebruik/uitvragen van gebruik per dag</p> <p>beoordelen van gevaar</p> <p>beoordelen van achteruitgang / vooruitgang</p> <p>beoordelen van draagvlak in de buurt (i.v.m. overlast)</p> <p>levensloop in kaart brengen</p>

Tabel 5.1 Onderdeel uit de lijst met activiteiten, zie bijlage 2

Naast de lijst met activiteiten en de ordening ervan werd er een beschrijving van de werkwijze gemaakt. In de beschrijving werd ruim aandacht besteed aan houdingsaspecten die het mogelijk maakten om contact te maken en vertrouwen te winnen met OGGz-clieñten. Tot slot werden kernachtige beschrijvingen gemaakt van de werkwijze in de vorm van zeven thema's. De zeven thema's moesten de werkwijze adequaat weerspiegelen. De beschrijving van de werkwijze is opnieuw in zijn geheel weergegeven in bijlage 3. Deze is samen met de lijst van activiteiten opgetekend in een tussentijdse rapportage aan de opdrachtgever¹⁹³. Deze kernachtige beschrijving, een soort samenvatting van de werkwijze waarin ook de stijl van werken meegenomen wordt, is als volgt in het rapport beschreven:

- Houd kwetsbare mensen blijvend in beeld en wees alert op voortekenen van terugval.
- Bouw aan sociale netwerken die steun kunnen bieden.

¹⁹³ GGD Groningen. *Tweede evaluatie Vangnet & advies*. HVD/GGD Groningen, 1999

- Ontsluit hulp van andere instellingen. Een hecht samenwerkend netwerk van professionals die de regio en de kwetsbare mensen die daar in wonen goed kennen is van doorslaggevende betekenis.
- Benut de mogelijkheden tussen vrijwillige hulp en dwang. Is vrijwillige hulp niet mogelijk? Bied dan ongevraagde hulp, bemoeizorg of drang. Probeer dwang te voorkomen, want dwang roept antisociaal gedrag op.
- Zoek naar mogelijkheden om contact te maken en vertrouwen te winnen. Tuning – het afstemmen van mimiek, taalgebruik en rituelen – is, naast het tonen van empathie, een basisvaardigheid.
- Motiveren voor het aanvaarden van hulp of voor het doorvoeren van veranderingen is een natuurlijk onderdeel van de hulpverlening.
- Werk in langdurige relaties aan hechting en identiteitsontwikkeling. Denk hierbij aan het achterhalen van overlevingsstrategieën en patronen in de levensgeschiedenis; het verbinden van verleden, heden en toekomst; en het veranderen van belemmerende discourses.

Met het oog op overdraagbaarheid van de werkwijze begint iedere kerntypering met een werkwoord ('houd, bouw, benut, zoek, motiveer, werk ... aan'). Tot zover de beschrijving van het veldonderzoek. De uitkomsten van deze fase van het onderzoek zijn ter validering voorgelegd aan twee zogenaamde focusgroepen. Daarover nu meer.

5.3.3 Verbetering van de gevonden werkwijze middels focusgroepen

Een focusgroep, soms ook wel aangeduid als een gefocuste groepsdiscussie, is een manier om inzicht te verwerven in de wijze waarop mensen voelen of denken over een bepaald onderwerp, product of dienst. Voor dit deelonderzoek is gebruik gemaakt van aanwijzingen van Krueger & Casey¹⁹⁴. Deze methode kan voor verschillende doelen gebruikt worden, zoals het testen van nieuwe programma's en ideeën, het beoordelen van resultaten, onderzoek naar de opvattingen van consumenten of het verzamelen van informatie voor het ontwikkelen van een vragenlijst. Er wordt aan de hand van een gesprek rond een vooraf vastgesteld onderwerp (de focus) een hoeveelheid kwalitatieve data verzameld. Dit gesprek

¹⁹⁴ Krueger, R.A., & M.A. Casey. *Focus Groups: a practical guide for applied research*. Thousand Oaks: Sage Publication, 2000.

wordt gevoerd met een steekproef uit de te onderzoeken populatie, van mensen met een bepaalde eigenschap die verband houdt met het onderwerp van de focusgroep. Een voorwaarde is dat de onderzoekers een toegankelijke, comfortabele, niet bedreigende omgeving creëren, welke de participanten aanmoedigt hun perceptie of standpunt mede te delen. Hierbij mag geen druk uitgeoefend worden op de deelnemers om te stemmen of om consensus te bereiken. De groepsinteractie is juist belangrijk. De groepsdiscussie, waarbij de verschillende participanten elkaar beïnvloeden door te reageren op commentaar, is hierbij essentieel. Dit leidt tot verfijning en nuancering en een verder doorgedreven inzicht in het onderwerp. Iedere focusgroep wordt voorbereid en uitgevoerd met 6 tot 12 deelnemers en begeleid door een ervaren moderator.

Bij de samenstelling van beide focusgroepen in dit deelonderzoek, zijn deelnemers gezocht die vanuit verschillende gezichtspunten feedback kunnen geven op het onderzoeksmateriaal. Het ene panel bestond uit hulp- en dienstverleners die afkomstig waren uit woningbouwverenigingen, politie, schuldhulpverlening, verslavingszorg, GGZ en een cliëntdeskundige. Het andere panel bestond uit managers van GGD, GGZ, verslavingszorg, Hogere Beroepsopleiding Verpleegkunde en Inspectie Gezondheidszorg. In de beide focusgroepen is gezocht naar zo groot mogelijke variatie. Dit is gedaan om de beschrijvingen vanuit uiteenlopende gezichtspunten te kunnen beoordelen. Beide panels kregen van te voren de lijst met activiteiten en een beschrijving van de werkwijze toegestuurd en werden gevraagd verbeteringen aan te brengen. Tijdens de bijeenkomst zijn drie vragen voor de beoordeling van het materiaal aan de informanten voorgelegd:

- Is de beschreven werkwijze adequaat voor het werken in de OGGz?
- Is de lijst van activiteiten en de typering van de werkwijze volledig en uitputtend?
- In hoeverre biedt de beschrijving van de werkwijze mogelijkheden voor het overdragen ervan ?

De bijeenkomsten zijn op band opgenomen en letterlijk uitgetypt. De reacties van de managers laten zich als volgt samenvatten:

- Er is onvoldoende aandacht besteed aan competenties die betrekking hebben op samenwerking met andere instellingen. Het participeren in netwerken en de verhouding met de eigen organisaties zou onvoldoende uit de verf komen.
- De categorie 'linking' – het koppelen aan en toeleiden naar andere instellingen - zou te weinig 'gevuld' zijn met activiteiten, terwijl linking juist zo belangrijk is voor de praktijkvoering.

De reacties van de hulpverleners laten zich als volgt samenvatten:

- Het belang van samenwerking tussen instellingen en het besef dat je niet alles alleen kan moet meer worden benadrukt. Dit geldt zowel voor de hulpverlener als voor de instelling.
- Er is behoefte aan gemeenschappelijke visievorming op de aanpak van blijvend verslaafden, vooral tussen GGZ-instellingen en verslavingszorg. De visieverschillen zijn nu te groot en daardoor contra productief.
- Instellingen en hulpverleners hebben elkaar nodig. Je hoeft niet alles te kunnen, je kunt elkaar consulteren en betrekken bij de hulpverlening.
- Het betrekken van de buurt en andere relevante netwerken is belangrijk om begrip en steun te genereren. Aandacht voor impact van overlast voor de directe leefomgeving en hoe er in de buurt draagvlak gecreëerd kan worden, komt onvoldoende uit de verf.
- Zonder (dwang)medicatie, drang, ambulante dwang en individuele diagnostiek komt de hulpverlening soms niet op gang en moet door het overnemen van verantwoordelijkheid afglijden van de mensen worden voorkomen. Juist bij het toepassen van drang is het samenwerken belangrijk.

Waar de managers meer kijken naar de samenwerking en het systeem van samenwerkende instellingen, reageren de hulpverleners meer vanuit concrete knelpunten in het werk. De kritiekpunten die de managers en de hulpverleners in de panels naar voren brachten maakten duidelijk dat de beschrijving van de werkwijze niet onder woorden bracht wat in de werkelijkheid waar te nemen was. De panels zagen de intenties, de mentaliteit en de impact van subtiele gedragingen niet voldoende op papier terug. De lijst van activiteiten, de beschrijving van de werkwijze en kerntypering ervan boden kennelijk onvoldoende inzicht in de werkwijze. Ook waren er nog onvoldoende praktische aanwijzingen in terug te vinden om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen. In overleg met de opdrachtgever en twee ervaren hulpverleners uit het team werd besloten om de werkwijze uitgebreider, en met meer casuïstiek, te beschrijven. De stijl van werken in deze praktijk en de subtiele kwaliteiten van hulpverleners die het mogelijk maken om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen, moesten verder getypeerd en uitgewerkt worden in een leerboek. De lijst van activiteiten heeft in de volgende fase echter wel een functie gehad bij het naar boven halen van zogenaamde 'stilzwijgende kennis' en 'verzonken kwaliteiten'. In de volgende paragraaf gaan we in op dit 'opgraven van kennis'.

5.3.4 Reconstructie van praktijkkennis

In dit deelonderzoek is het handelingsrepertoire van twee ervaren hulpverleners gereconstrueerd door een analyse van hun hulpverleningsgedrag te maken en door een exploratieve reconstructie van hun praktijkkennis. Daarbij is gebruik gemaakt van aanwijzingen van Van der Laan¹⁹⁵. In navolging van Van der Kamp pleit Van der Laan voor een soort hardop-denken-methode waarbij beroepskrachten gevraagd wordt om te reflecteren op hun praktijk waarbij de werkzame bestanddelen - die bestanddelen die de relatie lijken te bepalen tussen proces en resultaat - naar voren worden gehaald. Deze methode ligt dicht aan tegen hetgeen elders wordt aangeduid als 'stimulated recall'. Belangrijke vraag in dit proces van reconstructie is de vraag 'door welk soort ingrepen of houdingen wordt de uitkomst bepaald?'. Het gaat bij deze kennisreconstructie om het handelingsrepertoire van twee sociaal psychiatrisch verpleegkundigen die beiden voor aanvang van het Vangnet & adviesproject in het Zorgcoördinatieproject werkten en beschikten over een omvangrijke praktijkervaring. De keuze voor deze twee hulpverleners werd door twee motieven ingegeven. Allereerst beschikten deze hulpverleners aantoonbaar over het vermogen om vertrouwen te winnen van mensen die bekend stonden als schuw, moeilijk bereikbaar, conflictueus of waar anderen op waren afgeknapt. Bovendien beschikten de twee hulpverleners over reflectieve kwaliteiten die nodig zijn om details en contexten te duiden. Verder waren deze twee personen bereid en in staat om te reflecteren op het onderzoeksmateriaal, aanvullende theorie te zoeken en teksten te schrijven van het leerboek. Bij deze reconstructie is de lijst met activiteiten (zie bijlage 2) gebruikt om de hulpverleners te kunnen bevragen en de achterliggende beweegredenen en theorie van de werkwijze te kunnen achterhalen. De lijst met activiteiten fungeerde als brug tussen zichtbaar gedrag en stilzwijgende kennis. Van daaruit werd een beschrijvende tekst gemaakt die het mogelijk maakte om het werk van de hulpverleners over te dragen¹⁹⁶. In deze beschrijving is relatief veel ruimte gemaakt voor het beschrijven van de grondhouding die deze werkwijze typeert. Met grondhouding worden waarden, normen, beroepsethiek, morele maatstaven, zelfconcepten, motieven, inzet, gedrevenheid en overtuigingskracht bedoeld die Bergenhenegouwen e.a. (1998) in de onderste twee lagen van de piramide situeren (zie afbeelding 4.2). Deze houdingsaspecten stempelen echter ook de kennis en

¹⁹⁵ Laan, G. van der. *Leren van gevallen*. SWP: Utrecht, 1995. Zie ook Laan, G. van der. Van geval tot geval. *Sociale Interventie*, nr. 2, p51 t/m 60, 1996. Laan G. van der. *Wetenschap in praktijkkennis in het maatschappelijke werk: weten hoe te handelen*. In: Nijenhuis, H. (red.) De lerende professie. SWP: Utrecht, 1997

¹⁹⁶ Schout, G. *De proceskant van Vangnet & advies*. GGD Hulpverleningsdienst: Groningen, 1998.

vaardigheden uit de bovenste twee lagen. Korthagen wijst er op dat als de niveaus binnen de professional¹⁹⁷ op elkaar afgestemd zijn en afgestemd op de omgeving (*alignment*) er niet alleen een gevoel van welzijn is, maar dat dan het functioneren van de professional ook veel effectiever is dan wanneer er discrepanties zijn tussen de niveaus. De lagen van de ijsberg zijn in dit hoofdstuk gebruikt als heuristisch model. In de werkelijkheid zijn deze lagen niet van elkaar gescheiden maar vermengd. We gaan nu naar de eerste laag van de ijsbergstructuur.

5.3.4.1 De eerste laag: vakkennis en vaardigheden

Deze laag bevat de waarneembare kennis en vaardigheden die werden aangetroffen in het veldonderzoek en die beschreven zijn in de lijst met feitelijke activiteiten (zie bijlage 2); de zichtbare laag van de ijsberg waarin vaardigheden en discursieve onderdelen van gedrag de boventoon voeren. De laag waarvan Bergenhenegouwen e.a de belangrijkheid laag inschatten en de leerbaarheid hoog. Typisch voor deze laag zijn de instrumentele vaardigheden. In het veldonderzoek zijn hier talloze voorbeelden van naar voren gekomen die betrekking hebben op registratie, omgang met computers, het toedienen van medicijnen, kennis van psychiatrische symptomatologie. Een voorbeeld.

Exempla 10

Een bewoner van een sociaal pension trekt zijn broek naar beneden, gaat op zijn buik op het bed liggen en G. dient hem een depotpreparaat toe. #on 3/12/89

Einde

Het toedienen van een depotpreparaat lijkt op het eerste gezicht een vaardigheid met weinig kritische kenmerken voor het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming. De betrokken manier van omgaan met deze cliënt, de vertrouwelijke wijze waarop ze contact maken en het stilstaan bij andere aspecten van het leven van deze cliënt, laat zien dat deze instrumentele vaardigheden gestempeld zijn door deze kenmerken. De kritische kenmerken die in dit onderzoek naar voren kwamen werden gevonden in de combinatie van vakkennis

¹⁹⁷ Korthagen heeft het in zijn artikel overigens niet over professionals maar over leraren. Hij gebruikt een analysekader ('de Ui') dat in verschillende opzichten overeenkomt met de ijsbergstructuur van Van Bergenhenegouwen. De redenering is echter ook van toepassing op professionals buiten het onderwijs. Zie: Korthagen, F. Zin en onzin van competentiegericht opleiden. *VELON Tijdschrift voor Lerarenopleiders*, p13 - 23 jrg. 25(1) 2004

en moreel handelen of de combinatie van vakkennis en intermediaire vaardigheden. Om dit te onderbouwen halen we een fragment aan dat geïntroduceerd werd in paragraaf 5.3.2.

In het eerder aangehaalde fragment van de schizofrene man die de heg niet op tijd wist te knippen werd de man in het fragment gecomplimenteerd voor het feit dat hij een vuilniszak ophaalde. De hulpverlener had de vakkennis om in te zien dat de man door zijn gebrekkige vermogen om informatie te verwerken, door zijn beperkte omgevingsbesef en door de energie die het iemand met deze beperkingen kost om de dagelijks dingen te doen, dat het halen van een vuilniszak een prestatie is. Dat hij de heg niet had geknipt was geen luiheid, sterker nog, het halen van de vuilniszak kan met deze vakkennis gezien worden als een prestatie. De hulpverlener merkt deze prestatie op en laat dit aan hem weten. Giddens volgend gaat het in deze casus om een herdefiniëring van processen en structuren, waardoor deze (een andere) betekenis krijgen. Door deze herdefiniëring kunnen nieuwe structuren, nieuwe verwachtingen en nieuwe gedragingen een kans krijgen. De nieuwe structuren verweven zich met de praktijk, raken geïntegreerd in het handelen van de hulpverlener en worden routine. De cliënt in het fragment hoeft niets, er worden geen doelen gesteld, en juist vanuit die acceptatie voelt hij de ruimte om een initiatief te nemen dat past binnen zijn vermogen. De accepterende houding van de hulpverlener in het fragment is niet alleen routine, het is onderdeel geworden van zijn tweede natuur. We sluiten deze eerste laag bewust af met reflecties op dit fragment omdat de kern van de werkwijze waarmee het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming kansrijk wordt, bepaald wordt door het vermogen om vanuit acceptatie aansluiting te zoeken met cliënten.

In het fragment spelen morele oriëntaties ook een rol. De wens dat ook deze man hier kan blijven wonen en 'erbij hoort' wordt verbonden met vakkennis. Moreel besef (een vaardigheid uit de derde laag) en vakkennis voeden elkaar in deze casus. Gelet op de verwevenheid tussen vakkennis en vaardigheden met andere lagen van de ijsbergstructuur worden beiden hier niet apart opgesomd maar behandeld bij de drie lagen die verderop komen¹⁹⁸.

5.3.4.2 De tweede laag : intermediaire vaardigheden

Deze laag bevat sociale en communicatieve vaardigheden, algemeen technische en beroepsmatige inzichten, organisatorische kwaliteiten en handelingsoriëntaties. Intermediaire vaardigheden zijn belangrijk voor de brede inzetbaarheid en flexibiliteit van

¹⁹⁸ Een eerdere versie van dit hoofdstuk waarin deze scheiding wel werd aangebracht liet 'levenloze' lijsten zien van vakkennis en vaardigheden en mistte de sociaal sensitieve manier van doen waarop deze werd uitgevoerd.

professionals. Intermediaire vaardigheden zijn terug te vinden in de eerder geformuleerde kernachtige typering van de werkwijze en in de omgang met schijnbare tegenstellingen die met dit werk verbonden zijn. Het gaat daarbij om het vermogen om:

1. Mogelijkheden te zoeken om contact te maken en vertrouwen te winnen.
2. Mensen te motiveren voor het aanvaarden van hulp of voor het doorvoeren van veranderingen.
3. Blijvend kwetsbare mensen blijvend in beeld te houden en alert te zijn op voortekenen van terugval.
4. Sociale netwerken op te bouwen die steun kunnen bieden.
5. Hulp van andere instellingen te ontsluiten.
6. De mogelijkheden te benutten tussen vrijwillige hulp en dwang.
7. In langdurige relaties te werken aan hechting en identiteitsontwikkeling
8. Schijnbare tegenstellingen te hanteren in het werk.

Hierna wordt van elke onderdelen de kritische kenmerken beschreven die een rol spelen in het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming. De relevante vakkennis en vaardigheden worden aan het eind van elk onderdeel benoemd. Voor uitgebreide beschrijvingen wordt verwezen naar het leerboek.

1. Contact maken en vertrouwen winnen

Contact maken heeft te maken met het vermogen om aan te sluiten en in te voegen. Het belang van deze vaardigheid voor het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming kan moeilijk overschat worden. Het gaat daarbij om subtiele gedragingen als: het afstemmen van mimiek, taalgebruik en rituelen, maar ook om het tonen van empathie. In het veldonderzoek zijn een groot aantal notities gewijd aan de wijze waarop de hulpverleners uit deze praktijk proberen contact te maken met achterdochtige mensen, met mensen die soms hardnekkig bezig lijken om een negatieve geschiedenis op te bouwen met de hulpverlening en deze vast te laten lopen. In deze fragmenten zien we hulpverleners die vasthoudend en creatief zijn in het krijgen van contact maken, soms via de brievenbus. De uiterlijke beschrijvingen van allerlei bemoedigende gedragingen als hoofdknikken, begripvol samenknijpen van de lippen en van uitlatingen als *'wat is het ook wat'*, *'je treft het ook niet hè ...'*, laten echter niet voldoende zien wat er werkelijk aan de hand is. We laten een voorbeeld zien waarin de betrokken hulpverlener reflecteert op een hulpverleningssituatie waarin de onderzoeker niet mee kon omdat anders het contact niet op gang zou komen.

Bij J. kom je niet gemakkelijk binnen. Hij is snel achterdochtig. Ik weet dat ik bij J. het beste binnenkom als het regent. Als een verzoopen kat bij hem op de stoep staan, dat werkt. Vooral als ik hem dan vraag of ik misschien binnen mag komen. Even later vraag ik hem dan of hij ook iets te drinken heeft. Omdat hij dan voor mij moet zorgen en ik hem daarvoor kan bedanken neemt zijn achterdocht af. Ik zit te zoeken naar nog meer gelegenheden om hem als sterk naar voren te laten komen. Even later bekijken we samen zijn verbouwingen die hij in zijn woonboot heeft aangebracht. Ik laat vallen dat ik zelf nog geen schilderijtje op kan hangen en vraag uitgebreid naar een werkvolgorde van een bepaalde klus. Nog weer enige tijd later als ik het gevoel heb dat de chemie tussen ons tot stand gekomen is, vraag ik hem of hij ook weet waarom ik gekomen ben. Uiteindelijk lukt het om de zorgen die zijn burens en zijn huisarts over hem hebben, te bespreken. #in27/11/98

Einde

De hulpverlener voelt intuïtief aan dat krenking en machtsongelijkheid door deze cliënt moeilijk worden verdragen. Voorzichtig aan probeert deze hulpverlener eerst een lijntje te leggen, zoekt actief naar manieren waarop de man zijn waardigheid kan behouden. In de vorige laag werd aan de hand van Giddens beschreven hoe het toekennen van nieuwe betekenissen en herdefiniëren van structuren kan leiden tot nieuwe gedragingen, tot nieuwe verwachtingen en tot nieuwe structuren. *Welke* betekenissen toegekend worden is echter nog niet verhelderd. In het fragment hierboven zien we een hulpverlener aansluiten bij wat er is, bij het alledaagse (de woonboot, het schilderijtje). We gaan daar nu kort op in.

Tijdens de observaties is het meer dan eens voor gekomen dat cliënten afspraken niet nakomen, onder invloed op afspraken verschijnen, dat in een huisbezoek duidelijk wordt dat de cliënt misbruik maakt van uitkeringen, dat de hulpverleners te maken krijgen met 'acting out' gedrag, dat cliënten laatzinnige opmerkingen maken over buitenlanders, of dat cliënten melding maken van een verleden met seksuele delicten. De hulpverleners lukt het – de ene keer beter dan de andere keer – om door de laag van antisociaal gedrag heen te kijken en oog te krijgen voor de achterstelling en kwetsbaarheid van deze mensen. In uitspraken en gedrag is zichtbaar dat de hulpverleners moeite doen om zich niet mee te laten slepen in morele afwijzing. Een mix van inzicht en compassie lijkt het te winnen van de morele verontwaardiging. Onder de hulpverleners is een zeker bewustzijn terug te vinden dat morele afwijzing een effectieve hulpverlening in de weg staat. Het aansluiten wat er is, bij het alledaagse, en het oog hebben voor de achterstelling, doen denken aan onderdelen

van Baart's presentietheorie¹⁹⁹. Ten tijde van het veldonderzoek (1998-1999) waren de hulpverleners nog niet op de hoogte van de presentietheorie. De overeenkomstige oriëntatie van waaruit het contact gestalte krijgt is echter opmerkelijk. Net als de pastores in het boek van Baart houden de hulpverleners rekening met een gemis aan competenties bij cliënten en proberen in plaats van het stellen van eisen en doelen, vanuit acceptatie van wat er is (aan competenties, aan hulpbronnen) contact te zoeken. Het toekennen van betekenissen en het herdefiniëren van structuren komen voort uit deze inhoudelijke visie. We veronderstellen dat de geschetste accepterende benadering, die niet alleen bestaat uit discursieve en stilzwijgende kennis en vaardigheden, maar ook verzonken is in de tweede natuur van deze hulpverleners, maakt dat het contact met moeilijk bereikbare mensen zo vaak slaagt.

We gaan nu over naar het tweede deel van deze vaardigheid, vertrouwen winnen. We betrekken opnieuw Baart's presentietheorie bij de analyse omdat er op dit punt accentverschillen zijn in de benadering die Baart voorstelt en de werkwijze van de hulpverleners die in het veldonderzoek gevolgd zijn. Het gaat dan om *iets doen* of *uitstellen van iets doen*. Daarover nu meer.

De subtiele gedragingen die het mogelijk maken om contact te krijgen en vertrouwen te winnen van mensen die wantrouwend staan tegenover de hulpverlening, gaan samen met het bieden van praktische hulp. Opnieuw een fragment uit het veldonderzoek.

Exempla 12

De start van de hulpverlening is vaak praktisch van aard en gericht op het ontbreken van bijvoorbeeld een uitkering, huis, verzekering of het opnieuw vinden van een huisarts. Deze praktische start creëert verschillende mogelijkheden. Er ontstaat een situatie van geven en terugkrijgen. De hulpverleners geven eerst iets en ongemerkt ontstaat er een situatie waarin medewerking aan de hulpverlening als retourgift onontkoombaar is.#tn6/2/99

Einde

Bij dit onderdeel speelt het vermogen om een situatie te creëren van welwillendheid en wederkerigheid een rol. De praktische start doet ook een perspectief ontstaan: cliënten krijgen iets om te verliezen. Niets te verliezen hebben lokt in de ogen van de hulpverleners antisociaal gedrag uit. Praktisch starten creëert verder de gelegenheid om wantrouwen te overwinnen en het uitlokken van negatieve ervaringen te ontlopen. Praktisch starten geeft

¹⁹⁹ Baart, A. *Een theorie van de presentie*. Lemma: Utrecht, 2001

de hulpverleningssituatie vaart, een sfeer van hoop en optimisme maakt zich meester van de actoren als het lukt om het voor elkaar te krijgen. De hulpverleners die in dit veldonderzoek gevolgd zijn, zijn zich latent bewust van deze achtergronden en passen dit intuïtief toe.

Baart legt in zijn presentietheorie nadruk op 'er zijn', aandacht, betekenisgeving, geduld, ondergaan, het onverhelpbare verdragen, uitstellen (niet meteen iets doen) en plaatst presentie tegenover interventie (iets doen, tussen beide komen). De hulpverleners in de Groningse praktijk zijn hier ook wel mee bezig, maar het interveniëren is manifest en wordt gezien als een middel om vertrouwen te winnen. Het interveniëren is echter gestempeld door de kwaliteiten die Baart schaaft onder presentie. De vervlechting van presentie en interventie in deze praktijk staat dichtbij wat Van der Laan²⁰⁰ aanduidt als 'presentie als ingebedde interventie'. Van der Laan ziet presentie als een voorwaarde voor interventie, als een legitimatiekader (p69). Daarmee is het meer dan een methodiek, het legitimeert en constitueert (in de woorden Giddens) het handelen. En precies hier ligt de waarde van deze presentietheorie voor de OGGz; de mogelijkheden die het geeft om betekenissen te vinden en toe te kennen die ruimte geven voor een contact dat vertrekt vanuit acceptatie. Contact kan immers het verschil betekenen tussen zorg en zorgvermijding.

De intermediaire vaardigheden die hierboven beschreven zijn doen in verschillende opzichten denken aan hetgeen Minuchin²⁰¹ aanduidt als accommoderen. Minuchin ziet accommoderen als een mogelijkheid om zich in te voegen in het systeem. Hij onderscheidt daarbij steunen (belonen en versterken van systemen), tracking (de inhoud oppikken van de communicatie en zich mengen in het systeem) en mimicri (zich met gelaatsuitdrukkingen en rituelen aanpassen aan de toon en stijl van het systeem). Polstra & Baart²⁰² duiden deze vaardigheden aan als 'tuning'.

Het creëren van een sfeer van welwillendheid en wederkerigheid, waardoor partijen over en weer bij elkaar in het krijt komen te staan en iets voor elkaar over hebben, refereert aan het werk van Pessers²⁰³. Zij wijst er op dat iets geven en de onzekerheid of je iets terugkrijgt en de onbepaaldheid van wat je terugkrijgt, de giftverhouding maakt tot een vertrouwensverhouding (p71). Eén van de hulpverleners heeft dit tot zijn handelskenmerk

²⁰⁰ Laan, G. van der. Presentie als ingebedde interventie. *Sociale interventie*, nr. 2, p68 – 75, 2003

²⁰¹ Zie p164 e.v. Minuchin, S. *Gezinstherapie. Analyse van gezinsstructuur en gezinstherapie*. Spectrum: Utrecht 1973

²⁰² Polstra, L. en P. Baart: *Zorg & Coördinatie*. Groningen: Wolters Noordhoff, 1994

²⁰³ Pessers, D. *Liefde, solidariteit en recht. Een interdisciplinair onderzoek naar het wederkerigheidsbeginsel*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 1999.

gemaakt. Hij geeft regelmatig zelfgebrande CD's, strippenkaarten, geld of een ansichtkaart vanuit zijn vakantieadres en lokt daarmee een sfeer uit van welwillendheid en wederkerigheid. Hierbij kunnen kanttekeningen geplaatst worden. Men kan zich afvragen wat er bij deze giften wordt teruggegeven. Is er wel sprake van gift en retourgift? Het teruggeven heeft hier de vorm van 'in de woning toelaten', 'achterdocht inwisselen voor bereidwilligheid' of 'getoonde dankbaarheid' maar niet de traditionele tastbare vorm. Pessers haalt Kohlberg aan die dankbaarheid als een adequate tegenprestatie ziet (p32). Maar zelfs dankbaarheid blijft in dit werk vaak uit. Dankbaarheid tonen is moeilijk voor OGGz-cliënten die in anomische processen verzeild geraakt zijn. Het vraagt immers om het loslaten van een wereldbeeld dat zekerheid biedt. De wederkerigheid heeft in deze OGGz praktijk een subtiele gedaante. Hulpverleners treden het leven binnen van anderen, in hun intimiteit, hun problemen, hun tragiek, hun onvermogen. Precies in dit toegelaten worden, in het deelgenoot gemaakt worden van emotievolle en intieme levensmomenten, ligt volgens de ethicus Mansholt de kiem voor wederkerigheid²⁰⁴. Hulpverleners moeten deze subtiele retourgiften echter wel (leren) zien en op waarde schatten. Giddens wijst er op dat nieuwe betekenistoekenning het startpunt kan zijn van nieuwe structuren, verwachtingen en gedragingen. Als het gesprek niet meer via de brievenbus maar in de hal kan plaatsvinden en de hulpverlener kan deze ontwikkeling zien en op waarde schatten, dan ontstaan er nieuwe perspectieven. Het gaat hier om het zoeken naar wederkerigheid die de vorm aanneemt van generositeit en die zich ontrekt aan calculering (voor wat, hoort wat). We betreden hier echter de derde laag, de laag van de morele oriëntaties, waarop we ingaan in paragraaf 5.3.6.3. Tot zover de intermediaire vaardigheden die betrekking hebben op contact maken. Het creëren van welwillendheid en wederkerigheid komt nog verschillende keren terug in dit hoofdstuk.

Het gaat in dit onderdeel voornamelijk om intermediaire vaardigheden. Niettemin kwamen uit de eerste laag van de ijsberg in dit onderdeel de volgende vakkennis en vaardigheden naar voren:

²⁰⁴ Manschot, H. Als een vriend. Enkele filosofische kanttekeningen bij de mensvisie van de presentietheorie en de betekenis daarvan voor de 'mensgerichte beroepen'. *Sociale Interventie*, nr. 2, p33 – 39, 2003

Vakkennis ²⁰⁵	Vaardigheden
Kennis van de achtergronden van zorgvermijding en zorgverlamming. Kennis van onderdelen van de presentietheorie. Kennis van theorieën die mogelijkheden aanreiken om te herdefiniëren en ruimte te maken voor acceptatie.	Communicatieve competenties. Afstemmen van mimiek, taal, rituelen ²⁰⁶ .

2. Motiveren

Wezenlijk voor dit onderdeel van de werkwijze is de notie dat motivatie geen beginvereiste is maar een beoogd resultaat van een hulpverleningsproces. Motiveren voor het aanvaarden van hulp of voor het doorvoeren van veranderingen in de levensstijl, is hiermee een natuurlijk onderdeel van de hulpverlening. Ook bij dit onderdeel wordt wat langer stilgestaan omdat het doorbreken van zorgverlamming en zorgvermijding samenhangt met het vermogen om motivatie op gang te brengen bij cliënten. De werkwijze van de hulpverleners leunt sterk op het werk van Miller & Rollnick²⁰⁷. Motiveren wordt door hen opgevat als het uitlokken van samenwerking. Een later op kantoor gereconstrueerde dialoog uit het veldonderzoek, illustreert een onderdeel van deze vaardigheden ('vergroten van discrepantie', zie de bespreking hiervan twee pagina's verderop).

Exempla 13

R.: Hoe is het nu?

A.: Slecht man, Jezus man. [Er volgt een hele reeks beschrijving van schulden, ruzies en bedreigingen over afbetalingen, red.]

R.: En is er nog meer?

A.: Bij B. mag ik binnenkort niet meer slapen want die moet zitten [straf uit zitten, red.].

²⁰⁵ Er is ook vakkennis nodig van psychiatrische toestandsbeelden die leiden tot zorgvermijding zoals de neiging tot zelfbescherming tegen teveel prikkels bij mensen met een psychotische stoornis, de neiging om contact af te houden bij mensen met depressies of achterdocht. Dit soort kennis is echter vaak wel beschikbaar in OGGz-netwerken, zeker bij hulpverleners uit de GGz. Het overdraagbaar maken van een werkwijze die specifiek gericht is op het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming in de OGGz – waar dit onderzoeksproject op gericht is – vult leemtes aan in de beroepsuitoefening en de vakontwikkeling. De eerder genoemde psychiatrische vakkennis is meestal geen leemte en komt om die reden niet in het rijtje voor.

²⁰⁶ Het is discutabel of deze vaardigheid een specifieke vakgerichte vaardigheid is of een intermediaire vaardigheid, de vaardigheid verhoogt immers de flexibiliteit en de brede inzetbaarheid.

²⁰⁷ Miller, R. en Rollnick, S. *Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behaviour*. Guilford Press: New York/ London 1991

R.: Hoe zou je het eigenlijk willen hebben?

A.: Nou gewoon, een huisje, een leuk vrouwtje enzo

R.: Wat nog meer?

A.: Nou dat is het wel.

R.: Dus als ik het goed begrijp word je belaagd door schuldeisers, gebruik je veel te dure drugs en slaap je binnenkort op straat.

A.: Nou zo erg is het niet.

R.: Hoeveel valt dat mee dan ... ? #on5/1/99

Einde

In een andere situatie met dezelfde cliënt wordt heel precies zijn dopegebruik over een week in kaart gebracht. Steeds als de cliënt de neiging heeft om zijn gebruik en de gevolgen daarvan te bagatelliseren, wordt er uitgevraagd hoe 'het echt zit'. De kosten, het verlies van andere bezigheden, het verlies van contacten. Deze verliezen worden geplaatst tegenover de idealen (in dit geval gebruik van een minder kostbare drug als methadon, zoals een huis, een partner, een baan). Deze idealen worden in de hulpverlening belicht en gebruikt om het hulpverleningsplan te funderen. Vervolgens gaat het om het uitvragen van de inspanningen die de betrokkene zich wil getroosten om het doel te bereiken. Deze intermediaire vaardigheden zijn ontleend aan principes van Miller & Rollnick die we hier nu kort samenvatten. Miller & Rollnick gaan er vanuit dat weerstand onder andere wordt uitgelokt door dwang (p130). Om deze weerstand weg te nemen of te verminderen formuleren zij een aantal aanwijzingen in de vorm van een alfabet²⁰⁸:

Giving Advice	Practicing Empathy
Removing Barriers	Providing Feedback
Providing Choice	Clarifying Goals
Decreasing Desirability	Active Helping (p20)

Tabel 5.3. Bouwstenen voor motivationele strategieën.

Deze strategieën kunnen als volgt worden samengevat:

- Zorg voor een goede sfeer. Dit kan subtiel door knikjes, maar ook door empathie, bemoediging of complimenten.

²⁰⁸ Miller & Rollnick: p20, 1991

- Vermijd gezichtsverlies. Zorg ervoor dat cliënten of de omstanders van cliënten niet als verliezer of met gebroken trots, het gesprek verlaten.
- Ontwikkel alternatieven. Vermijd patstellingen door cliënten te informeren naar andere gezichtspunten of om meer opties aan te dragen. Zoek waar nodig compromissen en las desnoods een time out in.
- Hardop denken. Cliënten mee laten denken met de hulpverleners stimuleert coöperatief gedrag.
- Wees alert op weerstand. Weerstand is een signaal om van strategie te veranderen. Aanwijzingen voor weerstand zijn als cliënt gaat debatteren (*'ja maar ...'*), de hulpverlener onderbreken, ontkennen of de hulpverlener gaat negeren.

Miller en Rollnick ontwikkelden vijf principes voor het op gang brengen van motivatie. Deze worden nu kort behandeld.

Principe 1: Toon empathie

Acceptatie geeft ruimte voor verandering. Een cliënt moet kunnen zeggen wat hij wil, ambivalenties kunnen uitspreken zonder dat hij zich moreel veroordeeld voelt.

Reflectief luisteren. Dit is een communicatieve strategie waarbij de hulpverlener voortdurend zijn gedachten toetst aan die van de cliënt en aansluiting zoekt bij diens verhaal. Goede reflecties op wat iemand zegt helpt iemand een beeld te vormen van zijn ervaringen waardoor hij zich begrepen voelt. Een eventuele labeling door de hulpverlener moet hierbij kunnen rekenen op de instemming van de cliënt. Er moet een probleemomschrijving komen die zowel voor cliënt als hulpverlener acceptabel is. Ambivalentie is normaal. Dat geldt zowel voor de hulpverlener als voor de cliënt.

Principe 2: Ontwikkel discrepantie

Hierbij gaat het om het vermogen van hulpverleners om cliënten uit te vragen naar hun huidige leven en naar het beoogde leven dat ze graag zouden willen lijden. De discrepantie tussen de huidige situatie en het beoogde leven zet aan tot veranderen. Iemand moet er beter van worden, anders wil hij niet veranderen. De cliënt dient bij voorkeur zelf argumenten aan te dragen voor verandering. Zo komt er bewustwording tot stand over de consequenties van de verandering. In het fragment bij de aanvang van dit onderdeel wordt deze vaardigheid naar voren gebracht.

Principe 3: Vermijd discussie

Een discussie werkt contraproductief omdat iemand zich dan afgewezen kan voelen. Verdedigen en aanvallen stimuleert een aanvallende of verdedigende houding.

Principe 4: Beweeg mee met weerstand

Probeer tegenwerpingen in een positieve context te zetten. Nieuwe perspectieven kunnen voorgehouden worden en uitnodigend naar voren worden gebracht. De beleving van het probleem door de cliënt is juist en wordt niet ter discussie gesteld. De gevolgen van de beleving en het gedrag van de cliënt zijn het gespreksonderwerp.

Principe 5: Steun het geloof in eigen succes

Het vertrouwen in de mogelijkheid te veranderen is een belangrijke motiverende factor. Het markeren van succes, het meehelpen bij het verwoorden van verschillende succesvolle routes naar succes, steunt het geloof in eigen succes (p55 e.v.).

Wie de hulpverleners van Vangnet & advies volgt ziet steeds weer sporen in hun werk die verwijzen naar de vijf principes die Miller & Rollnick²⁰⁹. Verschillende notities uit het veldonderzoek waarin de hulpverleners discussies uit de weg gaan, mee bewegen met weerstand, empathie tonen, succes markeren, wijzen hierop. Bij het zoeken naar aanwijzingen voor het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming, nemen deze vakkennis en (intermediaire) vaardigheden een prominente plaats in.

De volgende vakkennis en vaardigheden komen in dit onderdeel naar voren:

Vakkennis	Vaardigheden
Kennis van contexten en omstandigheden die weerstand oproepen. En omgekeerd, kennis van contexten en omstandigheden die samenwerking uitlokken. Kennis van de motiverende benadering.	Aanwijzingen voor weerstand herkennen. Toepassen van de motiverende benadering zoals het ontwikkelen van discrepantie, het vermijden van discussie, meebewegen met weerstand, helpen bij het maken van een keuzebalans .

²⁰⁹ De empirische evidentie van de werkzaamheid van de motivationele gespreksvoering van Miller & Rollnick is sterk. Zie de twee hoofdstukken van Burke, Arkowitz, & Dunn en van Zweben & Zuckoff in de nieuwste uitgave van Miller & Rollnick (2002).

3. Blijvend kwetsbare mensen blijvend in beeld houden

Wolf heeft er in haar studie naar 'Oude bekenden' op gewezen dat het leven van sociaal kwetsbare mensen golfbewegingen laat zien, waarbij periodes van relatieve stabiliteit worden afgewisseld met (diepe) crises. Cliënten zelf, maar vaker nog hun omgeving, weten soms feilloos voortekenen van terugval te herkennen en te benoemen. Doordat de hulpverlening zich niet op het kantoor maar bij de mensen thuis, op het werkproject of zoals in het eerder beschreven fragment in de maatschappelijke opvang afspeelt, kunnen natuurlijk aanwezige personen relatief gemakkelijk ingeschakeld worden bij deze monitoring. In het veldonderzoek werd enkele keren waargenomen dat hulpverleners van Vangnet & advies een kalenderjaar doornamen met de betrokkenen om hiermee de voortekenen van terugval te leren herkennen en zo samen met de cliënt en diens netwerk greep krijgen op de duur, de intensiteit en frequentie van crises. Vervolgens werden er plannen gemaakt op deze voortekenen van terugval. Bij voorkeur werd dit gedaan samen met mensen uit het persoonlijk netwerk van de betrokkene. Mensen die blijvend sociaal kwetsbaar zijn, krijgen op deze manier greep op hun eigen leven en krijgen bovendien de steun die nodig is om zich staande te houden. In plaats van een leven waarin iemand bezig is te overleven van crisis naar crisis, worden crises zoveel mogelijk voorkomen. Voorstelbaar is dat zorgverlamming sneller optreedt als de hulpverlening geconfronteerd wordt met verrassingen. Ook voorstelbaar is dat zorgvermijding uitblijft als zowel hulpverlener als cliënt aan hetzelfde doel werken; greep krijgen op het dagelijkse leven.

Bij dit onderdeel is een kritische kanttekening op zijn plaats. In het veldonderzoek komt relatief weinig aandacht van de hulpverleners naar voren voor het verwijzen naar of betrekken van arbeid en dagbesteding bij het voorkomen of vroeg signaleren van terugval. Kritiek die overigens ook opgaat voor de Nederlandse GGZ als geheel. Van Hoof e.a.²¹⁰ wijzen er op dat er onder mensen met een psychische handicap een grote onvervulde behoefte bestaat om anderen te ontmoeten en zinvol bezig zijn. De meest recente gegevens komen uit op een arbeidsparticipatiegraad van langdurige GGZ gebruikers van tussen de 3 en 12%. Bovendien blijkt de helft ook geen andere gestructureerde dagelijkse bezigheden te hebben zoals opleiding, vrijwilligerswerk of anderszins (p83). Toch wijzen verschillende

²¹⁰ Hoof, F. van, K. Geelen, S. van Rooijen, & J. van Weeghel. *Meedoen. Maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische handicaps. Monitorrapportage vermaatschappelijking*. Trimbos-instituut, Utrecht, 2004

onderzoekers op de gunstige effecten van arbeid en dagbesteding op terugval met name als arbeidsdeskundigen en casemanagers nauw samenwerken²¹¹.

Wie de hulpverleners van Vangnet & advies bezig ziet, ziet professionals die steeds bezig zijn om oplossingen te zoeken, samenspraak op gang te brengen over oplossingen, terugval te accepteren om later de draad weer eens opnieuw op te pakken, of het benadrukken van prestaties en kwaliteiten van cliënten, dan weer eens bezig om met drang iemand tot meer sociaal gedrag te bewegen. De levensloop van cliënten is vaak grillig en de hulpverlening probeert op die grilligheid in te spelen. Meebewegen op de golven - soms is er veel en dringend behoefte aan hulp, dan is er weer een windstille periode - lijkt het adagium. Van een fasemodel - waarbij gewerkt wordt van gegevensverzameling, diagnose, planning naar de evaluatie van resultaten - is nauwelijks sprake. De vraag is echter of deze werkwijze de hulpverleners voldoende in staat stelt om gestructureerd te werken aan ontwikkelingsgerichte activiteiten²¹². Wordt met andere woorden, het blijvend in beeld houden wel voldoende gecombineerd met het versterken van competenties van cliënten? Vergelijkbare kritiek wordt ook naar voren gebracht door Kramer e.a. en door Van Weeghel (p88)²¹³, maar dan op de praktijk en pretenties van Assertive Community Treatment (ACT). Zij plaatsen kanttekeningen bij de accenten die in de praktijk liggen op het probleemgerichte werken en de tekorten in het ontwikkelingsgerichte werken.

Hierbij kan men zich wel afvragen: wie houdt blijvend kwetsbare mensen in beeld en wie werkt er aan ontwikkelingsgerichte doelstellingen? Zijn dat de hulpverleners van de maatschappelijke instellingen waarnaar cliënten worden toegeleid, of zijn dat de hulpverleners van Vangnet & advies?²¹⁴ Ten tijde van het veldonderzoek en ook recent nog

²¹¹Zie: Becker, D. R., Drake, R. E. *A working life: The individual placement and support (IPS) program*. New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center, 1993. Zie ook: Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E., Rapp, C. A., Meister, N., Lehman, A. F. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 52(3), p313-322, 2001

²¹² Ontwikkelingsgerichte activiteiten worden in deze dissertatie breed opgevat. Hiermee worden alle activiteiten bedoeld die leiden tot persoonlijke ontwikkeling en sociaal culturele integratie als: zinvolle dagbesteding, versterken van netwerken, werken aan omgevingsbesef en het versterken van de identiteit.

²¹³ Kramer, P., W.A. Anthony, E.S. Rogers, & W.A. Kennard. Another Way of Avoiding the 'Single Model Trap' *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(4), p 413 -415, 2003. Zie ook: Weeghel, J. van. *ACT en rehabilitatie: twaalf manieren om een belofte in te lossen*. In: Mulder, C.L. & H. Kroon. *Assertive Community Treatment*. CCP: Nijmegen, 2005

²¹⁴ In deze dissertatie wordt een brede definitie van de OGGz aangehouden waarin instellingen en professionals van staande organisaties als van lokale zorgnetwerken opgevat worden als een systeem dat in een afgebakende regio zorg draagt voor de hulp aan mensen die hulp nodig hebben maar daar niet zelf om vragen. Onderwerp van studie is de

was dit in de Groningse OGGz nog onderwerp van onderhandeling tussen instellingen en professionals²¹⁵. We komen in de nabeschuiving van hoofdstuk zes terug op de vraag of je van een vangnet wel mag verwachten dat ze zich bezighoudt met ontwikkelingsgerichte doelstellingen en op de ambivalenties in beleid en praktijk die eraan ten grondslag liggen.

In hoofdstuk drie is er op gewezen dat een onbedoeld neveneffect van een vitaal en actief vangnet is dat de achterliggende instellingen in een soort tweedelijns positie komen: ze krijgen cliënten doorverwezen met gesaneerde problematiek en raken ontwent om cliënten zelf in beeld te houden; de regeneratie van de OGGz produceert als het ware de degeneratie van de achterliggende maatschappelijke instellingen. Deze tweedelijns positie wrekt zich hier. Aanwijzingen voor het systematisch combineren van ‘in beeld houden’ met ontwikkelingsgerichte activiteiten, zijn in het veldonderzoek niet aangetroffen. Het in beeld houden van blijvend kwetsbare mensen en het helpen greep te krijgen op het dagelijkse leven is weliswaar een kritische kenmerk, maar dit kritisch kenmerk werd niet systematisch toegepast. Verder waren er aanwijzingen dat de mogelijkheden van dagbesteding en arbeid onvoldoende benut werden door de hulpverleners en het systeem van samenwerkende instellingen. We komen hier ook bij het volgende onderdeel op terug.

Bij dit onderdeel kwamen de volgende vakkennis en vaardigheden naar voren:

Vakkennis	Vaardigheden
Crisistheorieën, kennis van terugvalpreventie, kennis van de mogelijkheden voor arbeid en dagbesteding in de regio.	Crisisvaardigheden waaronder het mobiliseren van steun, uitvragen van de levensloop .

4. Bouw aan sociale netwerken die steun kunnen bieden

Iedereen maakt deel uit van een sociaal netwerk. Sociaal kwetsbare mensen zijn er in het bijzonder afhankelijk van. De hulpverleners die gevolgd werden in deze dissertatie ondernamen allerlei pogingen om het netwerk van cliënten zodanig te versterken en te

continue transformatie van deze organisatie. Het verdelen van verantwoordelijkheden en taken binnen dit systeem over het in beeld houden van OGGz-clients of het behandelen van hun achterliggende problemen, is onderdeel van deze transformaties.

²¹⁵ Zie: Polstra & Schout: 2005

ondersteunen, dat de cliënt op zijn of haar beurt hier steun aan kon ontleen. Een fragment uit de veldstudie.

Exempla 14

R. vraagt C. of hij haar moeder mag vragen om een oogje in het zeil te houden. [Moeder woont vlakbij en blijkt thuis.]

R. stelt zich aan C's moeder voor. Moeder is zichtbaar blij met komst van R. en praat honderduit. R. en C's moeder maken afspraken. [Dat hij af en toe eens komt informeren, waar hij bereikbaar is in geval van calamiteiten]. #23/2/1999

Einde

Verwanten, vrienden en andere professionals werden betrokken bij de zorg. De werkwijze doet denken aan Baars²¹⁶ die aanwijzingen geeft om samen met de cliënt de omvang, dichtheid, gevarieerdheid en bereikbaarheid van het netwerk te beoordelen en waar nodig te versterken. Eén keer werd waargenomen dat 'oud zeer' werd opgeruimd zodat de familie zich weer wilde inlaten met de cliënt. De hulpverleners gaven aan dat als omstanders weten dat zij niet de enigen zijn die zich met de betrokkene bemoeien, of als ze weten dat ze terug kunnen vallen op professionals, ze zich eerder durven in te laten met cliënten. Ook Hoof e.a.²¹⁷ wijzen erop dat mensen minder vaak opgenomen worden als ze meer en betere contacten hebben met vrienden of verwanten, als ze vanuit het eigen sociale netwerk kunnen rekenen op advies, praktische hulp, emotionele steun en ze het gevoel hebben ergens bij te horen.

Ook bij dit onderdeel is de vraag of de OGGz niet primair moet zorgen voor doorgeleiding van cliënten naar een instelling zoals de GGZ, de verslavingszorg of het maatschappelijk werk en dat deze instellingen vervolgens moeten zorgen voor monitoring, terugvalpreventie en dagbesteding. Zie verder de discussie hierover in hoofdstuk twee. Ook bij dit onderdeel ontbreken aanwijzingen in het veldonderzoek voor het systematisch bouwen aan netwerken die steun kunnen bieden. De hulpverleners geven in interviews weliswaar aan dat dit onderdeel belangrijk is, maar de omvangrijke caseload maakt dat crises en nieuwe aanmeldingen voorrang krijgen boven ontwikkelingsgerichte activiteiten en het bouwen aan sociale netwerken.

²¹⁶ Baars, H.M.J., J.T.F. Uffing & G.F.H.M. Dekkers.: *Sociale netwerkstrategieën in de sociale psychiatrie*. Bolhn Stafleu Van Loghum, Houten, 1990

²¹⁷ Hoof e.a.: 2004

Bij dit onderdeel kwamen de volgende vakkennis en vaardigheden naar voren:

Vakkennis	Vaardigheden
Sociale netwerkstrategieën.	De dichtheid, gevarieerdheid, en bereikbaarheid van het netwerk beoordelen en versterken, de sociale rollen van de cliënt in kaart brengen, de (on)mogelijkheden van de burens en de buurt benutten.

5. Hulp ontsluiten van andere instellingen

OGGz-cliënten hebben vaak problemen op meerdere levensgebieden en hebben hulp van verschillende instellingen nodig. Geen enkele instelling kan afzonderlijk de hulp leveren die nodig is. Een voorbeeld uit de praktijk van Vangnet & Advies maakt dit duidelijk.

Exempla 15

Diny is een zwakbegaafde verslaafde vrouw die nu en dan verward is. Ze is niet bestand tegen de druk van dealers die zich in haar woning opdringen. Burens klagen over de voortdurende aanloop van verslaafden en andere overlast. In overleg tussen de zorgcoördinator van de GGZ, de woningbouwvereniging en de politie wordt Diny de wacht aan gezegd. Er wordt een huisuitzetting voorbereid die slechts uitgesteld of afgesteld kan worden als ze een omlijnd hulpverleningsplan accepteert. De brief waarin dit alles aangekondigd staat geeft haar de mogelijkheid om dealers en aanlopende verslaafden op papier te laten zien dat het menens is. De politie houdt, vooral in het begin, haar huis extra in de gaten of gaat even langs²¹⁸

Einde

Een hecht samenwerkend interorganisatieel netwerk van professionals is in deze casus cruciaal voor het terugdringen van zorgverlamming. Professionals die de sociale kaart van de regio en de sociaal kwetsbare mensen die daarin wonen goed kennen, zijn van doorslaggevende betekenis. Voorwaarde om dit type samenwerking te realiseren is dat hulpverleners van verschillende maatschappelijke instellingen elkaar kennen en dat er overlegstructuren zijn waar deze integrale hulpverlening voorbereid kan worden. In het veldonderzoek werd duidelijk dat er verschillende overlegstructuren zijn waar hulpverleners van verschillende instellingen de zorg rond cliënten op elkaar afstemmen:

²¹⁸ Ontleend aan een voordracht die Ronald Schilperoort, één van de leden van het Vangnet & advies, gaf op het congres 'Dwangpreventie: voorkomen van escalatieprocessen in de thuis- en stratzorg' Groningen, 8 oktober 1998

dubbele diagnose overleg, overlast overleg, zorgconferenties. Daarnaast zijn er allerlei bilaterale en informele vormen van overleg in het onderzoek naar voren gekomen. Meest effectief wellicht is het persoonlijke netwerk – wat de inspectie aanduidt als het 06 netwerk – van de hulp- en dienstverleners. Eén van de hulpverleners heeft bijvoorbeeld in zijn agenda een bundel op elkaar geniete velletjes waarop namen en telefoonnummers staan van collegae van andere maatschappelijke instellingen in de regio. Andere hulpverleners hebben dit netwerk op de simkaart van hun mobiele telefoon.

Exempla 16

De hulpverleners van Vangnet & advies hebben met een dertigtal hulpverleners van politie, woningbouw, GGZ, verslavingszorg, MJD [maatschappelijk werk, red.] en reclassering intensief contact. Over en weer wordt geïnformeerd hoe het is, grappen gemaakt (hoe het weer daar [700 meter verderop, red.] is). Deze personen worden betrokken bij de voorbereiding van congressen en worden op subtiële wijze mede verantwoordelijk gemaakt voor de integratie van ‘moeilijke mensen’ in de stad Groningen.#on5/9/98

Einde

Een voorwaarde voor het bieden van integrale hulp zoals in de casus Diny, is dat hulpverleners het vermogen hebben de bijdrage van de eigen professie en de eigen instelling ondergeschikt te maken aan de benodigde integrale hulp. In hoofdstuk twee is beschreven hoe fragmentatie en differentiatie het werkveld in de greep houden. Samenwerking tussen instellingen is in deze context omgeven met voetangels en klemmen. De professionals die werken in lokale zorgnetwerken in de OGGz, zijn afkomstig van verschillende instellingen, houden er verschillende visies, werkwijzen en ideeën op na. Bovendien spelen emoties een rol in de samenwerking: angst voor samenwerking, angst voor verandering, angst voor verlies van autonomie. Het overwinnen van angst en het overschrijden van instellingsgrenzen en professionele grenzen zijn echter nodig voor het bieden van integrale hulp. Uiteindelijk lukt het de hulpverleners van Vangnet & advies ook niet om de samenwerking die nodig is op alle fronten te laten slagen. In de loop van het veldonderzoek werd duidelijk dat de hulpverleners een omvangrijk deel, 180 van de ongeveer 400 cliënten²¹⁹, niet kunnen doorverwijzen naar maatschappelijke instellingen zoals het maatschappelijk werk, de GGZ en de verslavingszorg. De vijf hulpverleners ‘lopen vol’ met cliënten. In een interview hierover zegt één van de hulpverleners letterlijk:

²¹⁹ Zie de terugblik op het Vangnet & adviesproject op p3 in: *Tussenrapportage OGGz samenwerkingsverband*. HVD/GGD Groningen, 2003

‘In het begin van het Zorgcoördinatieproject (zcp) is de vraag aan de orde geweest of alle zorgcoördinatoren ook in hun eigen teams zouden blijven. Argument: je houdt het contact en andersom: je eigen organisatie is meer betrokken bij de ontwikkelingen. Er is hier toen niet voor gekozen, waarom weet ik niet meer precies. Gevolg: het zcp werd een team dat vrij losse banden had met de deelnemende instellingen. Daardoor ontstond een vrijplaats: we konden onze gang gaan binnen de opdracht die we hadden om een methodiek te ontwikkelen. Voor mij heeft dit opgeleverd dat er veel ruimte was om mijn doen en denken onafhankelijk van mijn eigen instelling, destijds Drennoord, te ontwikkelen. We werden een beetje de vrije jongens van het zcp. [en verder op in hetzelfde interview]

Eind 1996 zijn G. en ik deels naar de GGD gegaan, ieder voor 15 uur, om Vangnet en Advies op poten te zetten. Ook hier vormden we samen met W. een eigen team. Niemand vertelde ons hoe we het moesten doen. Dat gaf veel vrijheid, zo’n idee van een eigen winkeltje. In al die vrijheid konden we verder bouwen aan een methodiek voor de OGGz. Er was echter ook een keerzijde: W. was de trekker zonder lijnfunctie: veel verantwoordelijkheden en weinig bevoegdheden.’

Einde

Deze vrijplaats had kennelijk ook een keerzijde. Samenwerking en commitment van andere maatschappelijke instellingen kon niet worden afgedwongen. Ook al hadden de hulpverleners nog zo’n goed 06 netwerk, het feitelijk doorgeleiden naar andere instellingen wilde bij een groot aantal cliënten niet lukken²²⁰. Interessant om te vermelden is dat onderzoek naar dezelfde praktijk in 2004 uitwees dat de problemen van het niet kunnen doorverwijzen in 1998/1999, in 2004 verdwenen waren. Het commitment van de betrokken instellingen is in de huidige situatie zeker gesteld door het opnemen van hulpverleners van de GGD, MJD (het maatschappelijk in Groningen), de Stichting GGZ Groningen en Verslavingszorg Noord Nederland in het zogenaamde frontofficeteam (de opvolger van Vangnet & advies). Een convenant met afspraken over de inzet van fte’s structureert vanaf het jaar 2000 het commitment van de betrokken instellingen in het vangnet. Hoewel de problemen met het vollopen van de caseload van de werkers bij het frontofficeteam verdwenen zijn, zijn de problemen met het in beeld houden van cliënten niet verdwenen. De problemen in Groningen met het doorgeleiden van cliënten worden overigens ook door anderen en op andere plaatsen in Nederland signaleerd. Ook Wolf e.a. (2003) en van der Lubbe e.a. (2001) laten zien dat er weinig terechtkomt van het doorgeleiden van moeilijk bereikbare mensen naar voorzieningen en dat de caseload van hulpverleners volloopt²²¹.

²²⁰ *Tweede evaluatie Vangnet & advies*. GGD, Hulpverleningsdienst Groningen, december 1998

²²¹ Wolf, J., M. Planje & M. Thuijs. Case management voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen. *Handboek verslaving december 2003*. Zie ook: Lubbe P. van der, J. Wolf, M. Thuijs & D. Olthof. *Trajectmatig werken in de*

Terug naar de intermediaire vaardigheden. Het in beeld houden van blijvend kwetsbare mensen – en daarmee zorgvermijding en zorgverlamming terugdringen of voorkomen – vraagt van hulpverleners het vermogen om een netwerk op te bouwen van dienst- en hulpverleners en bovendien het vermogen om hen te betrekken bij de zorg voor cliënten die tussen wal en schip vallen. Intermediaire vaardigheden, in de vorm van tact en diplomatie, zijn nodig om professionals van instellingen te helpen om zelf cliënten in beeld te houden. Giddens wijst er op dat tact cruciaal is voor het reproduceren van condities die vertrouwen en ontologische veiligheid voortbrengen en waarbinnen het mogelijk wordt om spanningen te kanaliseren (Giddens 1984: p64). De hulpverleners die gevolgd worden in dit onderzoek proberen de routines van anderen te beïnvloeden door hen aan te moedigen om achter mensen aan te gaan en om het kantoor te verlaten. Deze routines doorbreken roept echter spanningen op. Tact en diplomatie zijn nodig om deze spanningen te kanaliseren. Met het oog hierop heeft het Frontofficeteam in Groningen ook een taakstelling om de methodiek van outreach en laagdrempelige hulp te verspreiden onder de instellingen in de Backoffice. Wellicht de meest belangwekkende intermediaire vaardigheid is het vermogen om een verstandhouding te creëren van welwillendheid en wederkerigheid tussen instellingen en professionals. Een fragment uit het veldonderzoek wijst hierop.

Exempla 18

Er bestaan intensieve contacten tussen G. en J. van Geldzorg [een instelling voor schuldhulpverlening in Groningen, red.]. Verschillende keren wordt tijdens huisbezoeken J. gebeld om te overleggen. Omgekeerd gebeurt dit ook. #on24/1/99

Einde

De groep van dertig hulpverleners die in hetzelfde gebied en met dezelfde doelgroep intensief samenwerken, doen over en weer van alles voor elkaar. De één kan hulp bieden bij verwardheid, de ander kan hulp bieden bij het vinden van huisvesting. In verschillende paragrafen van dit hoofdstuk komen we nog terug op het creëren van wederkerigheid. Vaardigheden als samenwerken, een netwerk opbouwen en onderhouden, creëren van welwillendheid en wederkerigheid tussen instellingen, zijn allemaal intermediaire

Verslavingszorg: een eerste verkenning. Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid / Trimbos-instituut. Utrecht: GGZ-Nederland, juni 2001.

vaardigheden. Technische vaardigheden staan hier niet op de voorgrond. Vandaar dat de cel ‘vaardigheden’ nauwelijks is gevuld. Niettemin kwamen uit de eerste laag van de ijsberg in dit onderdeel de volgende vakkennis en vaardigheden naar voren:

Vakkennis	Vaardigheden
Kennis van de lokale sociale kaart en de (on)mogelijkheden van instellingen.	Tact en diplomatie. Instellingen en andere professionals betrekken bij de hulpverlening.

6. *De mogelijkheden benutten tussen vrijwillige hulp en dwang*

Lohuis²²² ontwikkelde in de Groningse praktijk, voortbordurend op het begrip ‘bemoeizorg’ van Henselmans²²³, een zorgcontinuüm (afbeelding 3.4), waarin de bemoeienis van de hulpverlener oploopt en de vrijheid van de cliënt afneemt. Het zorgcontinuüm geeft schematisch weer welke tussenstappen er door de hulpverlening kunnen worden genomen tussen vrijwillige hulp en dwang. Het benutten van deze tussenstappen maakt dat mensen niet verstoken blijven van zorg en dat dwang soms voorkomen kan worden. Belangrijke aanname van de hulpverleners van het Vangnet & Adviesteam is dat dwangpreventie nastrevenswaardig is omdat dwang antisociaal gedrag oproept. Opgedrongen keuzes wakkeren verzet aan. Deze aanname is ook terug te vinden bij Jansen e.a. Jansen e.a. gaan er vanuit dat dwang leidt tot een bevestiging van negatieve en destructieve patronen en dat dwang het wantrouwen in hulpverleners en instellingen versterkt. Verder zou dwang mensen leren dat zij zelf onmachtig zijn en anderen machtig, een bevestiging van aangeleerde onmacht. Tot slot tast dwang de eigenwaarde aan en wordt onverantwoordelijk gedrag onbedoeld gestimuleerd (anderen weten het toch beter)²²⁴.

Dwang is soms niettemin onvermijdelijk. We staan wat langer stil bij dit onderdeel van de werkwijze omdat het terugdringen van zorgverlamming en zorgvermijding samenhangt met het vermogen van hulpverleners om de ruimte te benutten die er ligt tussen vrijwillige hulp en dwang. De onderdelen van dit zorgcontinuüm worden nu kort behandeld.

²²² Lohuis, G. *Begeleiding als grenzenstellend proces*. In: Polstra, L. (red.) *Dwangpreventie*. Uitgave Vakgroep Andragogie: Rijksuniversiteit Groningen, 1998

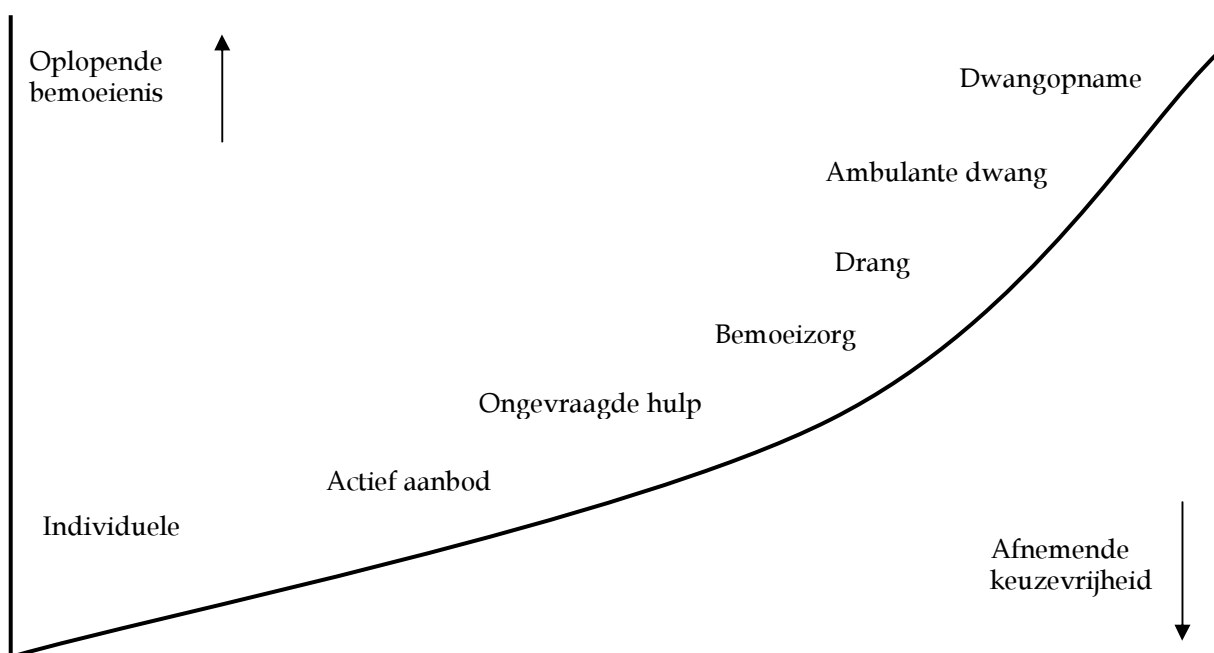
²²³ Henselmans, H. *Bemoeizorg ongevraagde hulp voor psychotische patiënten* Eburon Delft 1993

²²⁴ Jansen, M, M. de Jonge & J. Pols. *De pijn, de prijs en de rekening*. In: Jansen, M, M. de Jonge & J. Pols. *Dwang in de psychiatrie: dilemma's, feiten, ervaringen en alternatieven*. Babylon- De Geus: Amsterdam, 1995

Bij een *individuele hulpvraag* is er sprake van een bepaalde motivatie en hulpvraag. De cliënt is gemotiveerd om zelf iets aan het probleem te gaan doen. De keuzevrijheid van de cliënt is maximaal, de bemoeienis van de hulpverlening minimaal. Van een *actief aanbod* is sprake wanneer een hulpverlener actief op pad gaat om contact met de cliënt te leggen. De cliënt ervaart een probleem maar is om welke reden dan ook niet bereid of in staat om adequate hulp te zoeken. Er is motivatie om iets aan de problemen te doen, maar het ontbreekt bijvoorbeeld aan wilskracht of aan kennis. Een actief aanbod waarbij cliënten opgezocht worden in bijvoorbeeld de maatschappelijke opvang of het werkproject, volstaat. Het somatisch spreekuur in de opvang voor dak- en thuislozen (paragraaf 3.3.1) is hiervan een voorbeeld. De hulpverlener gaat op zoek naar potentiële cliënten door ze op locatie te treffen waar ze regelmatig komen. *Ongevraagde hulp* betekent dat de hulpverlener actief naar iemand op zoek gaat, of thuis iemand probeert te bezoeken naar aanleiding van een gesignaleerd probleem of geconstateerde zorg. Een voorbeeld.

M. is zo depressief dat hij de deur niet meer uitkomt. [Later blijkt dat hij niet op een afspraak is verschenen van zijn reguliere hulpverlener en daar werd uitgeschreven]. Zijn burens maken zich zorgen en hebben het meldpunt gebeld. Na herhaalde tikken op de ruit laat hij ons binnen. #on25/10/89

De cliënt komt zelf niet voor hulp maar aanvaardt de aangeboden hulp wel. Bij deze vorm van hulp neemt de activiteit van de hulpverlener toe.



Afbeelding 5.2: het zorgcontinuüm

De hulpverlener kan zich zo zorgen maken om de cliënt, dat hij niet wil wachten op expliciete toestemming van de cliënt en dat er *bemoeizorg* wordt toegepast. De betrokkene stelt contact niet op prijs. Anderen ervaren vaak een probleem, de cliënt zelf niet. Het probleem wordt gebagatelliseerd of buiten zichzelf gelegd. Er moet naar een situatie worden toe gewerkt waarbij de betrokkene zelf gaat ervaren dat er sprake is van een probleem. Bij *drang* krijgt de cliënt (of cliëntsysteem) de keuze uit twee opties. Er is nog een zekere mate van keuzevrijheid, maar die is beperkt. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om het verstrekken van methadon onder voorwaarden (als die niet wordt aanvaard gaat de verstrekking niet door) of het herhuisvesten onder voorwaarde dat de cliënt hulpverlening aanvaardt, zoals in het voorbeeld Diny in het vorige onderdeel. De problemen zijn zo ernstig dat overlast of gevaar dreigt voor de persoon zelf of anderen, als er niets gebeurt. Bij *ambulante dwang* is er geen keuzevrijheid meer bij de cliënt ten aanzien van de behandeling. Tot op heden wordt ambulante dwang toegepast bij cliënten die eerst met een RM (rechtelijke machtiging) zijn opgenomen. In de kliniek wordt een, meestal medicamenteuze, behandeling gestart en kan de cliënt naar huis onder voorwaarde dat de medicatie volgens voorschrift wordt gebruikt. Hiermee ligt deze modaliteit dicht bij drang. Het is een maatregel die vooral gericht is op het afwenden van gevaar. Voor de hulpverlening betekent het een kans om continue zorg te beiden, ook als mensen (tijdelijk) het inzicht missen dat hulpverlening nodig is. Volgens O'Reilly is ambulante dwang echter een omstreden maatregel en is ze niet bewezen werkzaam²²⁵. Bij *dwang* is iemand gedwongen opgenomen met Rechtelijke Machtiging (RM) of een Inbewaringstelling (IBS) en is er geen keuzevrijheid. Dwang is in de ogen van de hulpverleners van Vangnet & advies soms nodig om gevaar voor de cliënt of diens omgeving af te wenden. De hulpverleners die gevolgd zijn in dit onderzoek hangen zoals gezegd een opvatting aan dat dwang antisociaal gedrag oproept en zoveel mogelijk voorkomen moet worden. Deze visie van de hulpverleners vertoont overeenkomsten met de motiverende benadering die eerder in deze paragraaf behandeld werd. In de internationale vakpers is op dit moment veel aandacht voor het opdringen van keuzes aan mensen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen die overlast veroorzaken.

²²⁵ O'Reilly, R.L. Does involuntary out-patient treatment work? *Psychiatric Bulletin* 25: 371-374, 2001

Twee recente studies van Rosenheck en Neale²²⁶ wijzen eveneens op het belang van een getrapte aanpak waarbij begrenzing van het gedrag van cliënten niet uit de weg wordt gegaan als dat nodig is. De studie uit 2004 van Rosenheck en Neale onder veteranen, laat echter zien dat begrenzende interventies die wij in Nederland aanduiden als drang, weliswaar onontkoombaar zijn, maar beperkt succesvol. Opmerkelijk is dat de aanvankelijke hoop dat begrenzende interventies succes zouden hebben niet in de laatste studie van Rosenheck en Neale aangetoond wordt. Hierbij moet worden aangetekend dat de populatie uit hun onderzoek bekend staat als uitermate moeilijk (mannen, veteranen, agressie, antisociale gedragingen, verslavingen). In een ander artikel doet Rosenheck als medeauteur verslag van het belang van goede relaties (alliance) tussen thuislozen en hulpverleners²²⁷.

Van der Laan²²⁸ betwijfelt of een continuüm een vruchtbare metafoor is om de spanning tussen zelfbeschikking en het inperken van vrijheid weer te geven. Hij wijst op het gevaar van paternalisme en een gebrek aan respect voor het recht op zelfbeschikking dat in de metafoor van een glijdende schaal besloten ligt. De bemoeienis van de één zou ten koste gaan van de soevereiniteit van de ander. Hoe meer de cliënt onderworpen wordt aan professionele macht, hoe meer werk er verricht dient te worden om deze macht te verantwoorden tegenover de cliënt en hoe groter het belang om cliënten toe te rusten met vaardigheden om zich weer maatschappelijk staande te kunnen houden en zijn of haar burgerrol weer te kunnen uitoefenen. Dit impliceert volgens Van der Laan dat hulpverleners moeten beschikken over het vermogen om cliënten 'mee te laten lopen' tijdens de hulpverlening en dat hulpverleners hun cliënten de vaardigheden aanleren om de rol van medeburger op zich te nemen. Waar Lohuis zich zorgen maken over het onbenut laten van de ruimte tussen vrijwillige hulp en dwang, maakt Van der Laan zich dus zorgen over betutteling, machtsongelijkheid en paternalisme. Voor dit hoofdstuk is het van belang om beide competenties te beschrijven: dat hulpverleners over competenties beschikken om de

²²⁶ Zie: Neale, M.S. & R. A. Rosenheck. Therapeutic Limit Setting in an Assertive Community Treatment Program. *Psychiatric Services*, Vol. 51 No. 4 p499 - 505, April 2000. Zie ook: Rosenheck, R.A. & M. S. Neale, Therapeutic Limit Setting and Six-Month Outcomes in a Veterans Affairs Assertive Community Treatment Program, *Psychiatric Services*. Vol. 55 No. 2, p139 – 144, February 2004

²²⁷ Goede relaties tussen cliënt en casemanager zouden een gunstig zijn voor het terugdringen van thuisloosheid. In minder mate is dit ook gunstig voor de kwaliteit van leven. Zie: Chinman, M.J., R. Rosenheck & J.A. Lam. The Case Management Relationship and Outcomes of Homeless Persons with Serious Mental Illness. *Psychiatric Services* 51(9): p1142-1147, 2000

²²⁸ Laan, G. van der, Burgerschap: een kwestie van sturen en gestuurd worden. *Nieuwsbrief Innova Jaargang 2, p4-6*. Uitgave: Fontys Hogeschool Eindhoven nr. 6, maart 2001.

mogelijkheden tussen vrijwillige hulp en dwang te benutten en daarnaast het vermogen hebben om cliënten te betrekken bij de beslissingen die gaandeweg genomen worden en dat ze bovendien bereid zijn zich hierover te verantwoorden.

Eén van de hypothesen die in deze dissertatie naar voren gebracht wordt is dat begrenzing en het opdringen keuzes bij mensen die in anomische processen verzeild geraakt zijn, gepaard gaat met verlies aan vertrouwen. Het verlies van vertrouwen kan echter doorbroken worden door het creëren van een opwaartse spiraal van samenwerking en wederkerigheid. In de volgende paragraaf en ook verderop in dit hoofdstuk zal deze hypothese verder uitgewerkt worden.

Creëren van een positief klimaat

In het veldonderzoek kwam naar voren dat, ondanks dat men werkt met een doelgroep die als moeilijk bekend staat, er een opmerkelijk positief klimaat is in de hulpverlening. Van (sommige) cliënten wordt geaccepteerd dat zij zich door verslaving, psychiatrische toestandbeelden of andere omstandigheden niet (altijd) houden aan afspraken. Sommige cliënten houden zich nu eenmaal niet altijd aan afspraken, gaan toch weer middelen gebruiken of veroorzaken toch weer overlast. Zolang zij anderen of zichzelf geen schade berokkenen, wordt terugval en afwijking van normen zoveel mogelijk geaccepteerd. De hulpverleners proberen boosheid of verwijten te vermijden wanneer cliënten een andere weg kiezen dan was gehoopt of overeengekomen. Omgekeerd, als cliënten in een crisis zitten maar zich wel driekwart jaar hebben gered zonder hulp, wordt dit als prestatie gemarkeerd. De hulpverleners lijken gericht op deze positieve elementen in het gedrag van de cliënten en benadrukken kwaliteiten van cliënten. Een voorbeeld.

Exempla 19

Twee verslaafden hebben een tent in de groenvoorziening achter het crematorium gebouwd. Omwonenden hadden geklaagd over afval, maar maakten zich ook zorgen. G. bekijkt met één van hen de voorziening die ze hebben gebouwd. Hij complimenteert hem met de latrine maar ook met dat ze zich zo al twee jaar staande weten te houden. # on8/11/98

Einde

Bij een andere cliënt wordt gemarkeerd dat het hem lukt om het bij bier te houden en niet in dopegebruik te vervallen. Waar mogelijk zoeken de hulpverleners naar positieve elementen die een andere kijk op de zaak kunnen geven; waarderende interacties in tegenstelling tot

normerende interacties domineren in de hulpverlening²²⁹. Herdefiniëring, bijvoorbeeld door bemoeizucht te heretiketteren tot bezorgdheid, wordt regelmatig toegepast. Hierdoor ontstaan nieuwe perspectieven: de negatieve lading die vaak verbonden is met dit soort hulpverlening – als draaideurklanten, antisociaal gedrag, verloedering, argwaan naar de hulpverlening – verandert. Bovendien hebben de contacten vaak een praktisch en een doelstellend karakter; het vinden van een huisarts of het regelen van een uitkering. In de zinsbouw waarmee de hulpverleners zich uitlaten schuilt soms optimisme (*‘wat zullen we het eerst aanpakken?’*). Iets ondernemen produceert energie, produceert een positief klimaat. Het creëren van een positief klimaat door bemoediging, positief heretiketteren en het markeren van prestaties moet soms echter (plotseling) verruild worden voor grenzenstellende interventies. Daarop gaan we nu in.

Schakelen tussen robuuste hulp en (opnieuw) creëren van een positief klimaat

Sommige cliënten hebben zo weinig omgevingsbesef dat ze geconfronteerd moeten worden met de gevolgen van hun gedrag voor anderen. In het veldonderzoek is naar voren gekomen dat dit zacht en indirect gebeurde, bijvoorbeeld:

Exempla 20

‘hoe denkt u dat uw burens het vinden dat u zoveel rommel om huis hebt?
of
‘waar ben je mee bezig?’
Maar soms ook hard:
‘Dit kan niet’ of ‘volgens mij moet je hiermee stoppen’.

Einde

Wie goed kijkt naar de uitlatingen en gedragingen van de hulpverleners ziet dat niet de persoon maar het gedrag wordt afgewezen. Hiervan nu twee voorbeelden.

²²⁹ Ook in het onderzoek naar de voorspellende waarde van zogenaamde Expressed Emotions (EE) zijn aanwijzingen te vinden dat een waarderende en accepterende benadering gunstige effecten heeft op het (langer) uitblijven terugval van mensen met psychotische stoornissen, maar ook bij mensen met stemmingsstoornissen en eetstoornissen. Een hoge score op de EE-schaal betekent dat de omgeving zich overbezorgd, kritisch en misschien zelfs vijandig toont. Een lage score betekent dat de omgeving de cliënt met rust laat en nogal wat van hem of haar accepteert. Zie voor een uitgebreide stand van zaken op dit onderzoeksterrein de meta-analyse van Butzlaff, R.L. & J. M. Hooley, Expressed Emotion and Psychiatric Relapse. A Meta-analysis *Archives of General Psychiatry*. Vol.55, nr. 6:547-55, 1998

Exempla 21

‘het gesprek wordt alleen voortgezet als het schreeuwen stopt’

of

‘we praten alleen verder als je hond is aangelijnd’.

Einde

Weer andere keren bleek het toepassen van drang onvermijdelijk. Hiermee wordt bedoeld dat de medewerking wordt afgedwongen door voorwaarden te stellen. Bijvoorbeeld:

Exempla 22

‘We werken alleen mee aan herhuisvesting als je budgetbegeleiding accepteert’.

Einde

Schakelen tussen robuuste hulp en bemoediging is echter belangrijk om opnieuw het vertrouwen te winnen. De hulpverleners die gevolgd zijn in het veldonderzoek doen dat door na een moment van begrenzing, empathie te tonen en te zeggen:

Exempla 23

‘Wat is het ook wat hè’.

Of door te reageren op lichamelijke aspecten.

‘dat was een diepe zucht’.

Einde

We zagen in hoofdstuk twee dat mensen die verzeild geraakt zijn in anomische processen op zoek gaan naar tekenen van opportunisme in het gedrag van anderen om vervolgens deze tekenen uit te vergroten en zichzelf waarmakende voorspellingen uit te lokken. Die leiden er toe dat het eigen wereldbeeld versterkt wordt en het contact met de hulpverlening onder druk komt te staan. Het vermogen om te schakelen tussen begrenzen en empathie tonen, zoals in dit laatste fragment, lijkt cruciaal voor het ontlopen van deze negatieve spiralen. In de komende paragrafen zullen nog verschillende aan de empirie ontleende fragmenten naar voren gebracht worden waarin deze intermediaire vaardigheden naar voren komen. Buiten deze intermediaire vaardigheden is vakkennis van deze getrapte aanpak (het zorgcontinuüm) nodig. Deze hoort echter thuis in de eerste laag van de ijsbergstructuur.

In dit onderdeel kwamen de volgende vakkennis en vaardigheden naar voren:

Vakkennis	Vaardigheden
Kennis van de stadia van het zorgcontinuüm. Achtergronden en belang van dwangpreventie.	Ongevraagde hulp, bemoeizorg en drang toepassen. Schakelen tussen begrenzen en empathie.

7. Identiteitsontwikkeling

De titel van het leerboek 'Van bemoei- naar groeizorg' weerspiegelt dit onderdeel van de werkwijze; doe niet alleen aan bemoeizorg, maar werk in langdurige relaties ook aan hechting en identiteitsontwikkeling. Het gaat daarbij om het aanbieden van een rolmodel maar ook om het greep krijgen op het eigen leven. De hulpverleners van Vangnet & advies doen dit door cliënten ruimte te bieden voor vragen als: wie ben ik, wat kan ik, wat wil ik met mijn leven? Dit gebeurt ook door patronen en overlevingsstrategieën van cliënten die zich voordoen in zijn of haar levensgeschiedenis, uit te vragen en naar voren te halen. Hiervan nu een voorbeeld dat een vervolg is op een fragment dat we eerder beschreven in exempla 5 (de schreeuwende man met het mes die verwijderd was uit het gebouw van de sociale dienst).

Exempla 24

G: *Wat voor soort mensen krijgen nu hun z'n bij de sociale dienst?*

H: *Weet ik veel.*

G: *Nou, denk eens na.*

H: *Ja mensen die ja en amen zeggen ... Ja en misschien wel rustig zijn.*

G: *En wat voor soort persoon stond er aan de balie toen jij verwijderd werd?*

H: *Een opstandig figuur.*

G: *Hoe vaak krijgen die hun z'n?*

H: *Nooit.*

G: *Zijn er ook rustige mensen in jouw leven geweest van wie jij de kunst heb kunnen afkijken?*

Korte tijd later ontspint zich een gesprek waarin H. zichzelf leert zien als iemand die het in zijn leven moest doen met volwassen die kort aangeboden waren en gewelddadig optraden. # on4/11/98

Einde

In deze hulpverleningssituatie worden cultuurgoederen overgedragen als: je verplaatsen in iemand, omgaan met krenking, niet altijd nummer één kunnen zijn. De hulpverlener is in dit fragment (en in exempla vijf) een voorbeeld waar de cliënt zich aan kan spiegelen en op kan

trekken. Het beeld van zelf slachtoffer zijn helpt bij het verdragen van kritiek. Dit narratieve leerproces doet denken aan het werk van de Nederlandse psychiater Petry. Ook hij erkent de bijzondere waarde van biografisch gerichte hulpverlening. Het samen ontdekken van belangrijke momenten en gebeurtenissen in een biografie kan volgens Petry helpen om de 'ecologische samenhang' van een leven beter te begrijpen (p93)²³⁰. Dit proces duidt Petry in navolging van Bennet aan met rehistoriseren.

Hulpverleners zien het veranderen van belemmerde discoursen als een belangrijk onderdeel van hun werkwijze. Ziet men zichzelf als junk, fase vier klant, uitbehandeld, borderliner, pechvogel, of als iemand die voor een dubbeltje geboren is en nooit een kwartje kan worden? De hulpverleners uit deze praktijk plaatsen vraagtekens bij deze beelden. Omgekeerd reflecteren ze ook op de eigen aannamen en zelfbeelden: zien ze zichzelf als expert, behandelaar of redder uit de nood? Bovendien, de hulpverleningssituatie zelf weerspiegelt ook een discours. Wie neemt het initiatief? Hoe kijkt men elkaar aan? Zijn er onderwerpen die moeilijk besproken kunnen worden? In welk discours ben ik met de cliënt terechtgekomen? De twee hulpverleners met wie de kennisreconstructie ter hand genomen is, stellen zichzelf dit soort reflectieve vragen en achten dit van belang voor het 'op gang brengen van iemands ontwikkeling'. Deze werkwijze doet denken aan het werk van de psycholoog Habekotté. Hij spreekt van het 'deconstrueren van onwerkzame en belemmerende discoursen en het construeren van therapeutische discoursen'²³¹ (p153 e.v.).

Overigens moet ook hier weer worden aangetekend dat in langdurige relaties werken aan hechting en identiteitsontwikkeling tegen wil en dank voor komt. Het vollopen van de caseload, de onmogelijkheid om door te verwijzen maakt dat de hulpverleners lang contact houden met mensen, langer dan de bedoeling. Omdat men sommige cliënten dus al heel lang kent, soms al jaren, komt er een proces op gang van hechting, van overdracht en tegenoverdracht. In dit proces ontstaat ruimte voor het verduidelijken van overlevingsstrategieën en van identiteitsontwikkeling. De vraag is echter of een vangnet dit moet doen, of dat achterliggende instellingen zich toe moeten leggen op ontwikkelingsgerichte activiteiten.

²³⁰ Zie Petry, D. *Onderweg. Een trialogische biografie*. Stichting Onderweg: Maastricht, 2005. Zie ook: Petry, D & M. Nuy *De ontmaskering terugkeer van het eigen gelaat van mensen met chronisch psychische beperkingen*. SWP: Amsterdam, 1997

²³¹ Habekotté, F. Werken volgens de agenda van de cliënt. *Systeemtherapie*, Jaargang nr. 13, nr.3, september, p144-155, 2001

Vakkennis	Vaardigheden
	Het vermogen om bestaansvragen aan de orde te stellen. Het vermogen om overlevingsstrategieën uit te vragen

7. Omgaan met schijnbare tegenstellingen

Verschillende onderzoekers hebben gewezen op het bestaan van dilemma's, spanningsvelden en tegenstellingen in de praktijken van zorg en welzijn. Kunneman noemt er drie: het spanningsveld tussen biomedisch versus psychosociaal; deskundologisch versus appelerend; individualiserend versus contextualiserend²³². Schout parafraseerde op een van deze drie spanningsvelden en beschreef de tegenstelling tussen bondgenootschap en deskundologie²³³. Van der Laan heeft in een tweetal publicaties²³⁴ gewezen op de tegenstelling tussen emancipatie en disciplineren in de hulpverlening. In het veldonderzoek kwamen eveneens tegenstellingen en ambiguïteiten in het OGGz werk naar voren. Hulpverleners leken steeds te laveren tussen verschillende waarden, motieven, doelen, rekening houdend met allerlei persoonlijke en plaatselijke (on)mogelijkheden. Het meest dramatisch kwam dit naar voren in het dilemma 'wel of niet ingrijpen'. De keuzes die er uiteindelijk gemaakt worden in dilemma's als - 'zal ik het accepteren of moet ik dit gedrag begrenzen?; wiens belang heeft voorrang, dat van de burens of dat van de cliënt?' - zijn lang niet altijd bewust en discursief voor de betrokken hulpverleners, laat staan dat de achterliggende motieven dat zijn. Uit het onderzoeksmateriaal zijn ambiguïteiten, dilemma's en schijnbare tegenstellingen 'opgegraven' en in deze paragraaf gethematiseerd (zie afbeelding 5.4).

SCHIJBARE TEGENSTELLINGEN IN HET WERK

Reactief	Pro-actief
Herstelgericht	Compenserend
Begrenzing	Acceptatie
Individueel gericht	Systeemgericht

²³² Zie p288 e.v. in: Kunneman, H. *Van theemutscultuur naar walkmanego. Contouren van postmoderne individualiteit*. Meppel: Boom, 1996

²³³ Schout, G. Tussen deskundologie en bondgenootschap. Een verkenning van uitgangspunten voor methodieontwikkeling in de (sociaal) psychiatrische verpleegkunde. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, p269 - 283, 1999

²³⁴ Van der Laan: 1991. Zie ook : Laan, van der G. *Legitimatieproblemen in het maatschappelijk werk*. Utrecht: SWP, 1990

Formeel	Informeel
Resultaatgericht	Relatiegericht
Aandacht voor de ziektegeschiedenis	Aandacht voor de levensgeschiedenis

Afbeelding 5.4 Schijnbare tegenstellingen in het werk

Het praktisch bewustzijn en hun tweede natuur lijken de hulpverleners als een soort innerlijk kompas te helpen bij het laveren tussen deze tegenstellingen. De intermediaire vaardigheden die nodig zijn om met ambiguïteiten in het werk om te gaan, worden nu één voor één kort beschreven. De cursief afgedrukte dialogen zijn (later gereconstrueerde) gespreksfragmenten van observaties uit het veldonderzoek.

1. Reactief - Pro-actief

Pro-actief heeft een positieve klank, niemand wil slechts reactief bezig zijn. Toch zijn er cliënten die (zo nu en dan) met rust gelaten moeten worden, die het niet kunnen verdragen dat hulpverleners zich te snel of te veel met hen bemoeien. Anderen daarentegen moeten actief opgezocht worden voordat het mis gaat. Ongevraagd langsgaan in een vroeg stadium is bij hen van doorslaggevende betekenis in het voorkomen van crises.

Exempla 25

E. gebruikt al jaren coke, ziet er slecht verzorgd uit. Hij is niet gemotiveerd voor hulp maar werkt bij een arbeid- en dagbestedingsproject waar de hulpverlening regelmatig komt. Zodoende kan Erik in de gaten worden gehouden. Een praatje maken staat hij dan toe, maar van hulp wil hij niets weten. Totdat het slechter met hem gaat: hij, heeft enkele nachten niet geslapen, niet gegeten, is bovendien achterdochtig en impulsief.

G.: We kunnen wachten tot het mis gaat, wat gaan we dus doen?

E.: Valt allemaal wel mee.

G.: Erik, je slaapt op straat, eet slecht en weet nauwelijks wat je allemaal doet om het vol te houden.

E.: Oké, maar ik wil niet van de drugs af.

G.: Erik, het gaat er mij om dat je niet dood gaat of ongelukken krijgt door de slechte situatie waarin je verkeert. Je kunt toch op z'n minst enkele dagen naar het psychiatrisch ziekenhuis gaan om lichamelijk bij te tanken zodat je weer een beetje kunt nadenken over jouw situatie.

E. : Oké dat lijkt me wel wat maar ik ga weg wanneer ik het wil en ik wil mijn methadon blijven gebruiken. #on23/12/98

Contrasterende casus

Ga. is een sterk paranoïde verslaafde man. Hij wil een huis en wil zelfstandig wonen. De hulpverlening vreest het ergste wanneer Ga. zelfstandig gaat wonen en vindt het eigenlijk een slecht idee.

G.: Hoe denk je dat het gaat als je nu zelfstandig gaat wonen?’

Ga.: Dan ben ik van de straat af en kan ik aan mijn toekomst gaan werken

G. : maar je gebruikt nog veel drugs en vertrouwd de mensen om je heen niet.#on11/1/99

[Uiteindelijk gaat het mis in de woning omdat Ga. paranoïde reageert op de woonomgeving en veel overlast veroorzaakt. Het gesprek zet zich hierover voort nadat hij uit huis is geplaatst.]

G.: Jammer dat het je niet is gelukt. Je wilde het graag proberen en hebt er veel voor gedaan.

Ga.: ja, jij kunt mooi praten. Jij had de woningbouwvereniging moeten melden dat ook de buren niet deugden.

G.: jij hebt het de woningbouwvereniging zelf uitgelegd en zij waren van mening dat jij mede de veroorzaker was. Volgens mij was je bang en vertrouwdde je de buren niet.

Ga.: dat klopt, maar het waren ook wel heel vervelende mensen.

G.: Voor wonen naast mensen, of het leuke mensen zijn of zeikers, is het toch nodig dat je rekening met elkaar houdt. Misschien gooit de drugs te veel roet in het eten en heb jij eerst iets anders nodig.

Ga. Wat dan? Ik weet het niet en ik laat me ook niet behandelen.

G.: Er is ook een pension in de stad waarin je zou kunnen trainen hoe met anderen te leven. Ook van daaruit kun je jezelf voorbereiden op een andere woonvorm of huis.#on14/2/99

Einde

In het eerste fragment komt naar voren dat preventief ingrijpen nodig is omdat de cliënt kennelijk niet kan leren van de toestand waarin hij verzeild is geraakt. Terwijl in het tweede fragment de persoon eerst eens zijn gang mag gaan, om zo te leren van de ervaring die gaat komen. Verschillende onderzoekers als Polstra²³⁵, Wolf²³⁶ en Van der Laan²³⁷ signaleren dit dilemma. Polstra en Van der Laan thematiseren dit dilemma in ‘wel of niet ingrijpen’.

2. Revaliderend²³⁸ - Compenserend

De hulpverleners die in het veldonderzoek gevolgd zijn moeten soms een evenwicht zoeken tussen een compenserende benadering en een herstelgerichte benadering. Een voorbeeld.

²³⁵ Polstra: 1997, p126 e.v.

²³⁶ Wolf: 1990

²³⁷ Laan, G. van der. Een etiquette voor het maatschappelijk werk. *Tijdschrift voor Agologie*, nr. 4, p288 - 304, 1991.

²³⁸ Met revaliderend wordt bedoeld dat de hulpverlening zich richt op het verbeteren van het functioneren van cliënten. Bij schizofrenie richt de revalidatie zich bijvoorbeeld op het trainen van de concentratie, de aandacht, het geheugen en de sociale vaardigheden van de patiënt. Zie de beide boeken van Slooff CJ, Appelo M.T., Berkenbosch I.M. & Louwerens J.W. *Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, deel I*. Assen: van Gorcum / Projectenprogramma Woonrevalidatie, 1994a. Slooff C.J., Appelo M.T., Berkenbosch I.M. & Louwerens J.W. *Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, deel II*. Assen: van Gorcum/ Projectenprogramma Woonrevalidatie, 1994b.

H. drinkt, doet los - vast werk bij de markt en op de groenteveiling. Heeft lichamelijke complicaties ten gevolge van het jarenlange drinken. Woont in het Eemshuis (huis voor dak- en thuislozen). Een medewerker van het Eemshuis wil dat H. naar de verslavingszorg gaat en iets aan zijn alcoholgebruik gaat doen.

G.: en wat heb je tegen ze gezegd?

H.: dat ik wel een gesprek wil.

G.: En wil je dat ook echt of zeg je dat tegen de medewerkers om geen ruzie/ problemen met ze te krijgen.

H.: Dat laatste

G.: Je hebt het drinken sociaal ingebed. Je drinkt overdag maar hebt daarnaast allerlei activiteiten op de markt te doen.

H.: Precies. En dat wil ik zo houden.

G.: Dus eigenlijk wil je het zo laten

H.: Precies

G.: Misschien is het beter om dat tegen ze te zeggen en kun je ondertussen kijken of je niet een beetje gezonder kunt leven door goed te eten want dat gaat niet zo best, toch? Leef je jouw leven en probeer daarbij risico's te mijden. Want uiteindelijk zijn ze in het Eemshuis en op de markt best gek met je. #on5/11/98

Einde

In dit fragment wordt geen druk uitgeoefend, ook wordt de verslaving niet geïdentificeerd. Sterker nog, er wordt nadruk gelegd op de verworvenheden (werk, contacten). Deze werkwijze vertoont gelijkenis met een beschrijving die Noorlander²³⁹ maakt van het werken met alcoholisten. Zij waarschuwt er voor om alcoholisten hun 'speeltje af te nemen' [*alcohol, red.*], omdat ze dan afhaken. Te veel druk om revalidatiedoelen na te streven kan erin resulteren dat cliënten opnieuw de zorg gaan mijden of dat zij decompenseren. Teveel compenseren - of anders gezegd, te weinig eisen stellen en teveel accepteren - maakt soms dat hulpverlening oneindig lang doorgaat en cliënten te lang en onnodig afhankelijk blijven. Hulpverleners lijken zich bewust van het feit dat het overnemen van verantwoordelijkheid soms gevoelens van incompetentie kan aanwakken bij cliënten. Een weinig eisende benadering lijkt goed te passen bij mensen die vaak al een lange hulpverleningsgeschiedenis achter de rug hebben. Maar de OGGz trekt een brede groep mensen aan en daaronder zijn ook mensen bij wie een op revalidatiegerichte benadering voor de hand ligt²⁴⁰.

²³⁹ Noorlander, E. *Wat doen we met alcoholisten?* In: Lohuis, G., L. Polstra & G. Schout. *Creativiteit in knellende omstandigheden*. p86 – 95. SWP: Amsterdam, 2004

²⁴⁰ In één van de bijeenkomsten van de focusgroep kwam naar voren dat de hulpverleners van Vangnet & advies misschien te vaak, en misschien te lang compenserend bezig waren. De boodschap was dat compensatie (van tekorten) en revalidatie elkaar niet moeten uitsluiten.

3. Begrenzing - Acceptatie

Grenzen stellen, bijvoorbeeld aangeven dat het gesprek alleen voortgezet wordt als het dreigen en schreeuwen stopt, is nodig om met sommige cliënten te kunnen werken.

Exempla 27

P. komt het gebouw van de GGD binnen en begint te schreeuwen en te schelden. Hij is geen cliënt maar wel bekend bij de OGGz

G.: Ik kan zien dat je boos bent, maar ik kan het zo niet goed met je hebben. Kun je met mij een gesprek voeren dat ik het ook leuk heb?

P.: jij bent ook al zo'n klootzak. Gaat zeker ook niets doen.

G.: ik wil best naar je luisteren en een kop koffie met je drinken maar ik wil niet steeds bedreigd worden. Laten we afspreken dat we het gaan proberen en dat ik een vinger in de lucht steek op het moment dat ik me door jou bedreigd voel. Is dat o.k.?

P.: ik wil het wel proberen, maar ik vertrouw je voor geen meter

Het gesprek start en na vijf minuten en G. steekt de vinger op

P.: oh, voel je je nu bedreigd?

G.: ja, je schreeuwt tegen me en eist dat ik van alles voor je doe'

P. Sorry, dat had ik niet in de gaten

Na elf minuten gaat de vinger achter elkaar de lucht in.

P.: ik word helemaal gek van die vinger van je.

G.: en ik voel me bedreigd. Toch heeft het elf minuten geduurd. Hoe lang is het geleden dat je elf minuten een gesprek hebt gevoerd zonder ruzie te maken.

P.: tsja, dat is een tijdje terug

G. : nou mooi dat het vandaag gelukt is. Ik heb het nu gehad en wil morgen graag met je verder praten.

Einde

De andere kant is dat als er op teveel slakken zout gelegd wordt, cliënten afhaken. Kunnen of mogen hulpverleners bijvoorbeeld eisen dat cliënten hun pitbull thuis laten, ook als het risico bestaat dat het contact hierdoor (eerst even) verloren gaat? In de wetenschap dat veel cliënten behoefte hebben aan bemoediging en een positieve bejegening, kan de neiging bestaan om teveel en te lang antisociale gedragingen te accepteren. Hier ligt een morele vraag die eigenlijk thuishoort in de derde laag van de ijsberg en daar opnieuw terugkeert.

4. Individueel gericht - Systeemgericht

In de OGGz stellen vaak de omstanders de hulpvraag. De vraag doet zich dan voor: wie is de cliënt, en met wie wordt er gewerkt? Wordt de buurt beschouwd als een cliëntsysteem

die moet leren leven met iemand die op een andere wijze leeft, of moet de persoon van wie anderen vinden dat hij of zij overlast veroorzaakt zich aanpassen?

Exempla 28

De heer Z. lokt voortdurend conflicten uit met medebewoners. Door een lichamelijke ziekte is hij thuis komen te zitten. In zijn jeugd heeft hij noodgedwongen voor jongere broers en zussen moeten zorgen omdat vader er vandoor was gegaan en moeder met allerlei psychosomatische ziekten voortdurend in bed lag. Hierdoor heeft hij nooit de opleidingen kunnen doen die hij in gedachten had en voelt hij zich door iedereen in de steek gelaten. Hij woont nu helemaal op zichzelf en wil met niemand iets te maken hebben. De familie komt er niet meer in. Hij 'verdraagt de liefde en aandacht van broers en zussen niet' terwijl hij er aan de andere kant om smeekt. Hij is paranoïde en heeft een waan ontwikkeld dat mensen in zijn woning komen en hem in de gaten houden. Pogingen om het vertrouwen te winnen en medicatie aan te bieden, mislukken. Er dreigt een huisuitzetting omdat de burens niet langer met hem willen wonen. Ze voelen zich bedreigd door zijn bizarre en onvoorspelbare gedrag.

G. organiseert samen met de woningbouwvereniging een avond voor medebewoners van de desbetreffende flat. Er wordt een poging gedaan de omgeving als systeem te betrekken door in het algemeen uitleg te geven over psychotisch en paranoïde gedrag en bijbehorende adviezen te verstrekken. Hierop geven buurtbewoners aan het met hem te willen proberen.

Einde

De doelen die in dit soort hulpverleningssituaties worden nagestreefd kunnen per zorgsituatie sterk verschillen. Voorstelbaar is dat persoonlijke opvattingen van hulpverleners een grote rol spelen in de keuze voor het werken met het individu, het systeem of met een combinatie van beide. Heeft de hulpverlener een mensbeeld waarin aspecten als autonomie, zelfredzaamheid en keuzevrijheid van het individu belangrijk zijn dan wordt waarschijnlijk eerder individueel gericht gewerkt, maar komt de onderlinge afhankelijkheid van mensen in het mensbeeld sterk naar voren dan is denkbaar dat er nadruk komt te liggen op het versterken van sociale netwerken. Hulpverleners krijgen regelmatig te maken met de vraag of de hulpverlening gericht moet worden op de revalidatie van het individu, of dat de omgeving gevraagd moet worden de tekorten te compenseren? De hulpverleners van Vangnet & advies kiezen in deze en andere cases opvallend vaak voor een aanpak waarin de omgeving middelen aangereikt krijgt om het met de betrokkene leefbaar te houden. De werkwijze vertoont hierin verwantschap met de Engelse milieugerichte rehabilitatie van Shepherd en Bennett²⁴¹.

²⁴¹ Zie het Voorwoord van Shepherd in: Watts, F.N. & D.H. Bennett. Theory and practice of psychiatric rehabilitation. John Wiley & Sons: London, 1991

5. Aandacht voor de ziektegeschiedenis – aandacht voor de levensgeschiedenis

In essentie gaat het hier om de vraag welk uitgangspunt geschikt is om te gebruiken bij het beoordelen van de hulpverleningssituatie. Is het belangrijk om grip te krijgen op het eigen bestaan, of stelt de behandeling van een psychiatrische stoornis de persoon in staat om deze greep op het eigen bestaan te verwerven? We laten nu een fragment zien waarin deze schijnbare tegenstelling naar voren komt.

Exempla 29

Ida & Henk hebben elkaar ontmoet tijdens de detoxificatie in een kliniek en zijn verliefd op elkaar geworden. Zij heeft een zoon van 7 jaar. Zij heeft borderline problemen, lijdt aan een depressie en is verslaafd. Hij is in het verleden psychotisch geweest en is daarna verslaafd geraakt. Heeft een jaar in een verslavingskliniek gezeten. Het ging goed met hem totdat hij thuis kwam en zijn vrouw met een andere man in bed trof. Hij is daarop gaan zwerven en wederom allerlei drugs gaan gebruiken. Ze komen voor hulp omdat ze samen opgenomen willen worden, nadat ze in de kliniek ontslagen zijn omdat de verliefdheid de behandeling in de weg zou staan.

G.: *Jullie moeten wel ontzetten gemotiveerd zijn om nu hier te komen nadat je in de kliniek afgewezen bent.*

H.: *Ja, we moeten samen met Ida's zoontje naar een kliniek en jij moet dat regelen.*

I.: *Ja, want we zijn verliefd en we willen niet dat het misgaat.*

G.: *Wat mooi om te zien dat jullie verliefd zijn en zo je best willen doen om het goed te houden. Maar waarom een opname?*

I.: *Nou dan kunnen we onze verslaving aanpakken en dan kan Koen (zoon) mee.*

G.: *Hoe gaat het met Koen?*

I.: *Goed, voor het eerst sinds jaren. Hiervoor werd hij gepest en kwam hij er op school niet tussen. Dat kwam ook doordat hij twee keer met me mee is geweest tijdens een opname (voor moeder en kind) waardoor hij steeds weer weg moest van school.*

G.: *En nu het goed gaat met hem willen jullie er weer tussen uit. Gaat het eindelijk eens goed met hem. Wat betekent dat voor Koen en weet hij er van dat hij mee moet?*

H.: *Nee, dat hebben we hem nog niet verteld*

G.: *Dat hebben jullie hem niet verteld?*

I.: *Ja, nu je dat zo zegt, voel ik me daar best schuldig over. Maar zo gaat het ook niet. Ik lig overdag in bed en slaap nauwelijks. Ik heb de neiging om mezelf te krassen (in de polsen) en eet nauwelijks.*

H.: *Ja, en ik word weer stapelgek van haar omdat ze overdag niets doet en alleen uit bed komt wanneer Koen uit school komt.*

G.: *Goh, jullie leven overziend, hebben jullie veel problemen steeds weten te overwinnen. En het gaat goed met Koen, maar slecht met jou Ida. Misschien ben je wel depressief en zou je eerst daarvoor behandeld moeten worden. Bovendien is het volgens mij niet goed om zonder overleg met Koen een opname aan te gaan. Volgens mij moet je eerst een psychiater spreken voor medicatie.*

Uiteindelijk wordt Ida behandeld voor de depressie, begint Henk zicht te krijgen op de borderlineproblemen van Ida (het ligt dus niet aan mij, aldus Henk) en wordt in enkele gesprekken met hen gekeken naar

versteving van hun huidige leven. Thema's als : hoe is het om ineens voor een kind te moeten zorgen (voor Henk) komen aan bod en het ene na het andere levensverhaal komt tevoorschijn. Henk heeft nooit een vader gekend en geniet van het feit dat Koen hem accepteert.

Einde

Wat heeft op welk moment prioriteit: de ziektegeschiedenis of de levensgeschiedenis? Het is niet altijd mogelijk om de antwoorden op dit soort vragen te ontlokken aan de cliënt zelf, soms zijn deze vragen zelfs niet beantwoordbaar. In deze casus loopt dit door elkaar heen. De levensgeschiedenis is een omvattende, brede focus die goed lijkt te werken bij OGGz-cliënten. Deze brede focus maakt dat problemen in een breed perspectief kunnen worden beoordeeld. Sommige OGGz-cliënten kunnen echter niet zonder een tijdelijke versmalling van het perspectief tot de behandeling van een psychiatrische stoornis, en is het bespreken van bestaansproblemen nutteloos in afwachting van de behandeling van een acuut psychiatrisch toestandsbeeld. Het is arbitrair of het omgaan met deze vaardigheid niet meer thuishoort in de eerste laag van de ijsbergstructuur (vakkennis). Er is gekozen voor plaatsing in deze laag omdat het hanteren van verschillende uitgangspunten centraal staat. Dit kan echter niet zonder vakkennis.

6. Formeel - Informeel

In verschillende cases die in het veldonderzoek zijn bestudeerd komt naar voren dat de betrokken hulpverlener (even) geen doelen stelt, en dat er min of meer terloops contact gemaakt wordt. In het volgende fragment komt dit terloopse karakter naar voren.

Exempla 30

Het huis van K. staat vol tv's en ziet er uit alsof hij slecht voor zichzelf zorgt. Hij is achterdochtig en is bang uit huis gezet te worden. Het huis is sterk vervuild en rommelig.

G.: *Wat zou nou helpen dat het een beetje beter gaat?*

K.: *Dat weet ik niet, het gaat zo wel goed toch?*

G.: *Jij zegt het, maar hoe doe je dat met een huis waarin je bijna niet kunt lopen*

K.: *Oh, dat valt wel mee. Ik ben er aan gewend*

G.: *Ik ben zo benieuwd hoe je daar gewend aan kunt raken. Ik zou er gek van worden.*

K.: *Ben jij dan zo'n net type. Zo zie je er niet uit.*

G.: *Oh nee, integendeel. Mijn bureau is altijd een chaos en niemand moet daar aan komen.*

K.: *Nou bij mij is het hetzelfde.*

G.: *Maar ik merk wel dat het af toe nodig is om iets op te ruimen om niet helemaal bedolven te raken onder de papieren. Zou jij volgens mij ook eens moeten doen.*

K.: *Wat zou dat helpen?*

G.: Dat weet je pas wanneer je het gedaan hebt. Ze zeggen tegen mij ook altijd dat ik mijn troep moet opruimen en ik denk dan altijd 'waar bemoei jij je mee, het zijn mijn spullen'. Toch ben ik achteraf altijd tevreden als ik het weer een beetje heb opgeruimd.
K.: Hmmm, zit wel wat in. Ik zal er eens over nadenken.

Einde

Het terloopse karakter van het gesprek lijkt het werkzame bestanddeel te zijn van dit huisbezoek. Veel OGGz-cliënten krijgen het Spaans benauwd van een officieel gesprek waarin binnen een bepaald tijdsbestek naar een bepaald doel wordt toegewerkt. Het lijkt wel of de hulpverlener hen dan te dicht op de huid zit en dat er dan geen ontsnappen meer mogelijk is. Andere cliënten kunnen zaken als op kantoor verschijnen, op tijd komen, een afgemeten tijd toebedeeld krijgen voor een gesprek, hulpverleners die bepalen hoe het gesprek verloop, moeilijk verdragen. Twee notities uit het veldonderzoek illustreren dit:

Exempla 31

Geen van de hulpverleners gaat formeel gekleed, ongestreken blokeoverhemden, sweatshirts en spijkerbroeken domineren de kleding, alsof niemand met zijn kleding de afstand onnodig wil vergroten tussen de cliënt en professional. #on4/9/98

~

Terwijl R. de zenders van de tv er weer op zet, informeert hij terloops naar de medicatie. #on7/10/98

Einde

Een informele weinig eisende bejegening zoals in dit fragment werkt vaak goed. Tegelijkertijd moet soms wel degelijk melding gemaakt worden van de duur van het gesprek, bovendien kan het expliciteren van doelen soms ook duidelijkheid en structuur bieden. Ook kan een louter informele opstelling verkeerd begrepen worden (hij is mijn vriend in plaats van mijn hulpverlener). Omgaan met dit dilemma vraagt om een zekere sensitiviteit voor machtsongelijkheid en voor krenking.

7. Resultaatgericht - Relatiegericht

Teveel resultaten eisen, bijvoorbeeld dagelijks verschijnen op het werkproject, kan de relatie onder druk zetten. Het omgekeerde kan ook: geen eisen stellen kan de relatie goed houden, maar er worden geen resultaten geboekt. Als daardoor overlast voor derden voortduurt, dan kan niet vrijblijvend verder gewerkt worden aan (slechts) een 'goede' relatie. Het moment waarop de relatie voldoende hecht geworden is en waarop het wantrouwen is geweken, zodat eisen, doelen of afspraken geconcretiseerd kunnen worden, is niet van te voren te geven en maakt deel uit van de intuïtie van de hulpverlener.

Huisbezoek bij D., alleenstaande moeder met twee kinderen. In huis is het een enorme rommel [red.]

G.: *Fijne bende is het hier ...'*

D.: *'Ik dacht al dat je zoiets zou zeggen, maar ik ga er echt niets aan doen.'*

G.: *Dus jij gaat lekker verder rotzooi maken en de kinderen moeten zich maar aanpassen?*

D.: *Dat is nou ook weer niet de bedoeling. Wat is dat gemeen van jou om dat zo te zeggen.*

G.: *Nou ja Dini jij weet beter dan ik wat goed is.*

D.: *Ja lul jij maar raak. Uiteindelijk wil je toch dat ik er iets aan ga doen. Ik ken jou langer dan vandaag.*

G.: *Dus weet je ook dat je er hulp bij kunt krijgen als je er niet uitkomt.*

D.: *Barst toch, maar je hebt wel gelijk. Kunnen we het nu even over iets anders hebben?*

Einde

De hulpverlener lokt in dit fragment op speelse wijze de verantwoordelijkheid uit voor een minimale ordelijkheid van het huishouden met het oog op de kinderen. Het is eigenlijk relatiegericht en tegelijkertijd resultaatgericht.

Tot zover de bespreking van het omgaan met schijnbare tegenstellingen. De fragmenten laten zien dat het omgaan ermee van doorslaggevende betekenis is voor het terugdringen van zorgvermijding. Het doorslaan naar de ene of de andere kant kan gemakkelijk leiden tot het afhaken van de cliënt. De fragmenten maken ook duidelijk dat de persoon van de hulpverlener er sterk toe doet. Steeds wordt er van de hulpverleners gevraagd om tegenstrijdigheden werkbaar te maken in concrete cases. Stilzwijgende kennis maar ook allerlei disposities uit de tweede natuur van de hulpverleners bepalen op welke wijze er gelaveerd wordt tussen de uitersten die hierboven beschreven staan.

Giddens wijst op het belang van reflexieve beoordeling van het handelen om positie te bepalen in de sociale wereld²⁴². Hiermee doelt Giddens op een hoeksteen van zijn structuratietheorie; actoren die hun handelen en de resultaten ervan beoordelen. In zijn latere werk leunt Giddens sterk op denkbelden van de Duitse socioloog Beck²⁴³. Beck typeert de Westerse samenlevingen als risicosamenlevingen. Mede door globalisering, individualisering en een devaluatie van tradities nemen zekerheden af en nemen angsten toe. Alles om de Westerse mens heen lijkt wankel: de sociale zekerheid, het werk, huwelijksrelaties, (in Nederland op dit moment de hypotheekrente) de levensstijlen, het

²⁴² Giddens: 1976, p114. Zie ook: Beck, U. & A. Giddens & S. Lash. *Reflexive Modernization. Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*. Cambridge: Polity Press, 1994

²⁴³ Zie p155 – 160 in: Beck, U. *Risicogesellschaft Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Suhrkamp: Frankfurt AM, 2003

aanzien van anderen, de loyaliteit van anderen. De angst om buiten de boot te vallen, om achterop te raken, om zich te binden, om aanzien te verliezen, houdt alle burgers in meer of mindere mate bezig. Terwijl maatgevende voorbeelden, universele codes, onbetwifelbare regels en allesomvattende levensbeschouwingen ontbreken of aan invloed inboeten, moeten individuen steeds opnieuw positie bepalen en hun eigen levensprojecten vormgeven. Of in de woorden van Bauman²⁴⁴: alles is vloeibaar (niets ligt vast, red.). Onzekerheid en turbulentie zijn daarmee permanente condities waar alle Westerse mensen in meer of mindere mate mee te maken hebben. Het reflexief beoordelen van de resultaten van het eigen handelen en het bijstellen van de eigen opvattingen op grond van deze beoordelingen, is in risicosamenlevingen van bijzondere betekenis. Flexibele mensen die hun identiteit, hun opvattingen, hun routines reflectief kunnen beoordelen, zijn in staat om hun gedrag tijdig te transformeren en aan te passen aan nieuwe eisen. De beoordeling van de resultaten van hun handelen, beïnvloeden de eigen opvattingen en daarmee de identiteit van actoren. De beschrijving van de zeven tegenstrijdigheden laten zien dat juist op deze competentie een groot beroep gedaan wordt in het werk.

De praktijk van de hulpverleners in de zeven schijnbare tegenstellingen wordt gekenmerkt door het gelijktijdig voorkomen van verschillende krachtenvelden en logica's, terwijl een omvattend kader om dit alles te begrijpen ontbreekt. De hulpverleners moeten deze verschillende krachtenvelden en logica's op waarde schatten en positie kiezen. Naast routine en een onbewuste sturing door de tweede natuur speelt bewuste reflectie op de bovenstaande keuzes en dilemma's een rol. Het positiekiezen in krachtenvelden zoals de bovenstaande omschrijven Kunneman²⁴⁵ en Van Houten²⁴⁶ aan als normatieve professionaliteit. Net als in de zeven schijnbare tegenstellingen, ziet Kunneman 'meervoudige interfererende krachtenvelden waar professionals zich toe moeten verhouden' (p241). Hij brengt normatieve professionaliteit in verband met de 'sensibiliteit voor onbepaaldheid, met openheid voor strijdigheden die zich voordoen tussen enerzijds professionele vocabulaires en methodieken en anderzijds ervaringen, emoties en behoeften die binnen die vocabulaires geen stem kunnen krijgen'(p245). Ook Baart²⁴⁷ roert het onderwerp van de normatieve professionaliteit aan. Hij voegt er nog een adjectief aan toe;

²⁴⁴ Zie: Bauman, Z. *Liquid Modernity*. Cambridge: Polity Press, 2000; En zie: *Liquid Love: On the Frailty of Human Bonds*, Cambridge: Polity Press, 2003

²⁴⁵ Kunneman: 1996

²⁴⁶ Zie p131-136 in: Van Houten, D. *De standaardmens voorbij. Over zorg, verzorgingsstaat en burgerschap*. Maarsen: Elsevier/De Tijdstroom, 1999

²⁴⁷ Zie p827 – 843 in: Baart: 2001

normatief *reflectieve* professionaliteit. Baart duidt hier het vermogen mee aan om te leren van opgedane ervaring en deze ervaring in verband te brengen met het reeds opgedane referentiekader. De opgedane ervaringen en het referentiekader werken op elkaar in. Onder deze wisselwerking ontstaan idealen, een levensvisie die professionals in staat stelt om - 'meer dan het bieden van planmatige productie van kant-en-klare oplossingen' - een normatief en persoonlijk gekleurd aanbod te doen. Baart wijst er op dat persoon van de werker niet buiten spel kan blijven. 'Normatief zet zich daarmee af tegen het onpersoonlijke, het professioneel inwisselbare of het methodisch - mechanische' (p832). Dit type professionals gaat de dialoog aan over bestaansvragen, is geïnteresseerd in de kwaliteit van de relatie, erkent de competentie van de cliënt als subject van zijn eigen leven, ruimt plaats in voor de overdracht van cultureel kapitaal. Dit omvat het expliciet zoeken naar wat het leven voor de ander tot een goed leven kan maken. Het adjectief 'reflectief' verwijst naar ruimte die dit type professionals maakt voor het eigen oordeelsvermogen, voor leerprocessen, voor kritische distantie en voor bijvoorbeeld inductieve afstemming (in plaats van deductieve toepassing).

Normatieve professionaliteit biedt een kader om het omgaan met tegenstrijdigheden zinvol en samenhangend aan te duiden en te begrijpen. We komen op verschillende plaatsen in deze dissertatie terug dit begrip.

Vakkennis	Vaardigheden
Normatieve professionaliteit. Meer nog dan kennis is een bewustzijn van belang van ambigüiteiten in het werk in relatie tot de eigen oriëntatiepunten: niet zozeer vakkennis als wel zelfkennis.	Het vermogen om onzekerheid en tegenstrijdigheid onder ogen te zien, te verdragen en hierop te reflecteren. Het vermogen om tegenstrijdigheden werkbaar te maken in concrete gevallen.

~

De zeven onderdelen zoals die hierboven beschreven staan verraden de verwantschap met een aantal door anderen ontwikkelde wetenschappelijke inzichten. De aangetroffen werkwijze is verwant aan een vijftal scholen voor casemanagement, maar borduurt daar ook op voort. Allereerst valt op dat de hulpverleners sterk beïnvloed zijn door het Zorgcoördinatieproject Groningen²⁴⁸. Twee hulpverleners hebben eerder geparticipeerd in

²⁴⁸ Polstra, & Baart: 1994

dit project en namen die kennis mee naar de praktijk van Vangnet & advies. De notie 'zonder relatie geen zorgcoördinatie' (ontleend aan Polstra & Baart) maakt dat de hulpverleners sterk gericht zijn op het contact met de cliënt en het opbouwen van een samenwerkingsrelatie. De werkwijze is verder verwant aan vier Noord Amerikaanse scholen voor casemanagement²⁴⁹:

- Het Strength Model; kwaliteiten belangrijker dan pathologie; ook ernstig psychiatrisch patiënten kunnen leren, groeien en veranderen; relatie cliënt – hulpverlener is doorslaggevend; interventies zijn gebaseerd op de zelfbeschikking van cliënten; de samenleving is een bron van steun en geen obstakel; actieve en outreachende hulp is geboden;
- Het Clinical Casemanagement Model; objectrelaties zijn belangrijk, de relatie tussen hulpverlener en cliënt als bron van hechting en identificatie;
- Contextual Casemanagement; kwetsbaarheid terugdringen door het creëren en versterken van sociale netwerken;
- Assertive Community Treatment; stressfactoren verminderen en omstandigheden veranderen die van invloed zijn op de gevoeligheid voor stressfactoren, herstel door middel van behandeling en rehabilitatie binnen de samenleving, 24 uren zorg, gedeelde zorglast, teamaanpak, zorg aan huis.

In de praktijk van het Vangnet & adviesproject zijn onderdelen van deze vijf scholen, al uitproberend, geïncorporeerd in de werkwijze. De praktijk in Groningen is echter - meer nog dan deze vier Noord Amerikaanse scholen voor casemanagement – verwant met de Engelse milieugerichte rehabilitatie die in Nederland vooral door het werk van Petry²⁵⁰ een gezicht gekregen heeft. De bespreking in paragraaf 5.3.4.3 laat zien dat de praktijk in

²⁴⁹ Zie voor uitgebreide beschrijvingen van deze Noord Amerikaanse scholen voor casemanagement: Harris, M. & H.C. Bergman *Casemanagement for Mentally Ill Patients*. Harwood Academic Publishers: Langhorne, 1993. Voor een uitgebreide beschrijving ACT wordt verwezen naar Stein & Santos, 1998. Overigens is de teamaanpak en de gedeelde zorglast bij ACT niet overeenkomstig de werkwijze die voorgestaan wordt in het leerboek van Bemoei-naar groeizorg, hier staan juist de objectrelaties en gelegenheid bieden voor hechting op de voorgrond.

²⁵⁰ Het werk van Detlef Petry besteedt geen aandacht aan casemanagement in de ambulante GGZ, maar heeft vooral betrekking op de woonpsychiatrie. Toch staat het werk van de vangnetpraktijk inhoudelijk dicht bij zijn werk. Petry bepleit biografisch gerichte zorg, gelegenheid voor hechting en identiteitsontwikkeling, steun van omstanders en familie, het terugschroeven van eisen en het synchroniseren van tijd. Elementen die ook bij deze praktijk naar voren komen. Zie: Petry, D. *Onderweg. Een trialogische biografie*. Stichting Onderweg: Maastricht, 2005. Zie ook: Petry, D & M. Nuy *De ontmaskering terugkeer van het eigen gelaat van mensen met chronisch psychische beperkingen*. SWP: Amsterdam, 1997

Groningen niet op zichzelf staat maar onderdeel uitmaakt van een (inter)nationaal systeem van praktijkontwikkeling waar sprake is van onderlinge vergelijking en wederzijdse inspiratie.

Tot zover ook de bespreking van de tweede laag van de ijsbergstructuur, de intermediaire vaardigheden. We dalen nu verder af naar de laag waar competenties te vinden zijn die nodig zijn voor het realiseren van een morele praktijk.

5.3.4.3 De derde laag: morele oriëntaties

De derde laag van de ijsbergstructuur van Bergenhenegouwen e.a. vatten we hier samen onder de noemer 'morele oriëntaties'. Reconstructie van de competenties uit deze derde laag heeft veel weg van wat Musschenga aanduidt als empirische ethiek²⁵¹. Het gaat daarbij om het achterhalen en expliciteren van morele intuïties en de 'well-considered judgements' van praktijkwerkers, wat de basale oordelen in een morele praktijk zijn en hoe mensen in die praktijk hun oordelen rechtvaardigen. Van Bergenhenegouwen e.a. geven aan dat het belang van de competenties voor het functioneren van de professional toeneemt naarmate we meer aan de basis van de ijsberg terechtkomen. Dit geldt zeker voor competenties die nodig zijn voor het functioneren in de OGGz. Het werken in de OGGz kan opgevat worden als hulp bij sociaal culturele integratie. Het gaat daarbij om lotsverbetering van mensen die de hulp daartoe uit de weg gaan. Deze hulpverlening toch opdringen is een ethisch beladen vorm van interveniëren. Anders gezegd, op het vermogen om moreel te oordelen en te handelen wordt in de OGGz een groot beroep gedaan. Een voorbeeld uit een cliëntenbespreking:

Exempla 33

Een man maakt aanhoudend nachtelijk lawaai. Hij reageert vreemd en aanvallend op vragen van zijn burens om hiermee te stoppen. #on5/2/99

Einde

De hulpverlener die gevraagd is om polshoogte te nemen heeft te maken met verschillende tegengestelde belangen: de cliënt die zonder bemoeienissen zijn levensstijl wil voortzetten, de burens die hun nachtrust hersteld willen zien, familieleden die ongerust zijn, of de woningbouwverenigingen die aandringen op maatregelen. In dit soort situaties is sensitiviteit voor botsende belangen cruciaal. Hulpverleners die te maken hebben met dit soort cases zullen zoeken naar een situatie waarin de empowerment van de één niet ten

²⁵¹ Musschenga, B. Empirische ethiek: contextsensitiviteit of contextualiteit. *Ethische Perspectieven*, Maart nummer 1, p27 – 41, 2004

coste gaat van de empowerment van de ander²⁵². Want als één van de betrokken partijen zich niet gehoord voelt, dan haken actoren af, met alle schade van dien voor het netwerk.

Centrale vraag hierna is welke persoonlijke eigenschappen als: waarden, normen, morele maatstaven (derde laag) motieven, zelfconcepten, en drijfveren (vierde laag)²⁵³, maken het mogelijk om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen in de OGGz? Onmiddellijk rijst de vraag hoe dit zichtbaar gemaakt kan worden. We gaan daar nu eerst kort op in.

Om morele oriëntaties en innerlijke drijfveren discursief te maken zijn de observaties en de sessies van hardop denken aangevuld met een vragenlijst (zie bijlage 4). Teneinde willekeur en toevalligheden in de gegevensverzameling te vermijden zijn er drie maatregelen genomen:

1. Het aantal respondenten is uitgebreid tot twintig personen. Naast de hulpverleners die in 1998/1999 deel uitmaakten van het Vangnet & advies werden de leden van de overleggroep 'Blijvend in Beeld'²⁵⁴ gevraagd mee te doen (N=20).
2. Er is in de vragenlijst niet alleen gevraagd naar de eigen persoonlijke eigenschappen - *wat komt voor* -, maar ook naar *wat nodig is* voor de OGGz. Dit laatste is mede gedaan om

²⁵² De zinsnede 'de empowerment van de één die niet ten koste gaat van de empowerment van de ander' is ontleend aan Nauta. Hij wijst er op dat er geen omvattende richtinggevende normatieve kaders voor het handelen zijn en dat hieruit voortvloeiend het vermogen van mensen om zelf afwegingen te maken belangrijker wordt. Hij pleit voor het 'creëren van normatief relevante situaties' Zie: Nauta, L. *De teloorgang van het grote verhaal*. In: L. Veendrinck & J. Zeelen (red.) *De toekomst van de sociale interventie*. Wolters-Noordhoff: Groningen, 1994.

²⁵³ Oplettende lezers zullen opmerken dat de eigenschappen die hier genoemd staan niet helemaal corresponderen met de eigenschappen die Van Bergenhenegouwen e.a. opsommen in de afbeelding van de ijsbergstructuur (afbeelding 4.2). Uit de derde laag is 'beroepsethiek' geschrapt omdat dit geen *persoonlijke* eigenschap of competentie is. De begrippen 'inzet' en 'gedrevenheid' uit de vierde laag overlappen elkaar en zijn vervangen voor het begrip 'drijfveer'. Ook het begrip 'overtuigingskracht' is problematisch omdat er overlap is met de begrippen 'motieven' en 'gedrevenheid' en is om die reden geschrapt. In de vragenlijst die afgeleid is de ijsbergstructuur is geprobeerd om de overlap en onevenwichtigheid die in het model zit weg te nemen. In sommige opzichten staat de vragenlijst weer dicht bij het model waar Van Bergenhenegouwen e.a. het aan ontleenden, het model dat van Spencer & Spencer beschreven. Vgl. Spencer, L.M., & S.M. Spencer. *Competence at work. Models for superior performance*. New York: Wiley & Sons, 1993

²⁵⁴ Blijvend in Beeld is een netwerk van dienst- en hulpverleners die intensief betrokken zijn bij de OGGz in de gemeente Groningen en afkomstig zijn van de woningbouwverenigingen, Stichting Huis (Maatschappelijk Opvang), Meldpunt Overlast, Politie, verslavingszorg, verslavingsreclassering, GGD, Maatschappelijk Werk, GGZ, Sociale Zaken en Werk (SoZaWe), Geldzorg, Werkprojecten.

een zekere mate van afstand te creëren tussen de noodzakelijke en de eigen competenties²⁵⁵.

3. Er zijn verbindingen gemaakt tussen de aangetroffen eigenschappen en theorie. De empirische bevindingen werden in verband gebracht met theoretische inzichten van Pessers, Baart en de filosoof Duyndam.

De pretenties van dit deelonderzoek waren bescheiden; het beschrijven en systematiseren van de opvattingen en persoonlijke eigenschappen van een twintigtal ervaren en betrokken professionals. De vragenlijsten zijn eerst individueel ingevuld. Vervolgens heeft er met beide groepen een groepsdiscussie plaatsgevonden naar aanleiding van de uitkomsten. Deze discussie is op band opgenomen en letterlijk uitgetypt. In de groepsdiscussie zijn de volgende vragen aan de orde gesteld:

- Welke normen en waarden²⁵⁶ heb je zelf en welke zijn nodig voor het werken in de OGGz?

²⁵⁵ Wilson wijst er op dat proefpersonen moeilijk de eigenschappen van hun eigen 'adaptive unconscious' kunnen beoordelen, maar kwaliteiten van anderen daarentegen wel. Wilson: 2005.

²⁵⁶ In dit deelonderzoek zijn we op zoek naar morele maatstaven en naar een beroepsethiek die ook voor andere OGGz praktijken van waarde kunnen zijn. Anders dan Van Bergenehegouwen e.a. worden morele maatstaven en beroepsethiek niet gezien als individuele competenties of persoonlijke eigenschappen, maar als zogenaamd 'ingroup waarden', waarden die in een bepaalde groep, gezin of beroepsgroep als oriëntatiepunt dienen. In deze derde laag wordt daarom slechts gevraagd naar normen en waarden die van belang geacht worden voor de hulpverlening in de OGGz. Waarden en normen zijn in de sociale wetenschappen altijd beladen begrippen geweest. Het zouden pseudo-concepten zijn, die niet te definiëren zijn. Zie de discussie daarover in: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). *Waarden, normen en de last van het gedrag*. p42 e.v., 2003. Hoofdstuk 2 van het rapport van de WRR kan gezien worden als een goede samenvatting van de internationale vakliteratuur op het gebied van de definiëring van de begrippen 'normen en waarden'. In navolging van de WRR wordt ook in deze dissertatie het standpunt ingenomen dat waarden zich in de dagelijkse praktijk van menselijk gedrag wel degelijk laten waarnemen en beschrijven. Waarden zijn naar hun *vorm* zeer abstract. Zij verwijzen naar abstract geformuleerde doeleinden. Uit waarden kunnen velerlei normen worden afgeleid die allemaal, maar allemaal op een verschillende manier, de waarde kunnen realiseren. Waarden zijn meestal positief geformuleerd, geven waardevolle wenselijkheden weer; normen daarentegen zijn vaak negatief geformuleerd en zeggen wat niet mag. Waarden hebben een open horizon, normen juist een gesloten ruimte waarbinnen men moet blijven. Waarden zijn onbegrensd, normen trekken per definitie een grens (p58). Normen verwijzen naar gedragsconformiteit (het naleven ervan). Normen worden weer onderscheiden in sociale normen, morele normen, rechtsnormen en beroepsnormen. In dit onderdeel zijn we vooral op zoek gegaan naar sociale normen, morele normen en beroepsnormen. Fatsoensnormen en rechtsnormen voeren niet de boventoon, maar de sociale normen die hulpverleners gebruiken voor het omgaan met rechtsnormen en fatsoensnormen weer wel. Doel van de beschrijving van deze derde laag is niet om waarden te beschrijven met een universele geldigheid, maar slechts om de praktijk die zo sterk ethisch geladen is, te voorzien van oriëntatiepunten.

- Welke motieven en drijfveren heb je zelf en welke zijn nodig voor het werken in de OGGz?
- Welke van deze persoonlijke eigenschappen zijn cruciaal voor het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming in de OGGz?

De bedoeling van de vragenlijst en de groepsdiscussie was om gedachtevorming mogelijk te maken over cruciale persoonlijke eigenschappen voor het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming in de OGGz. Uiteindelijk zijn alleen cruciale eigenschappen die uit de groepsdiscussies naar voren kwamen overgenomen in tabel 5.4 en tabel 5.5.

Laag 3	Cruciale persoonlijke eigenschappen
Waarden	Trouw; erkenning; respect; barmhartigheid; verantwoordelijkheid
Normen	Er zijn voor mensen; aansluiten; respect voor anderszijn; vasthoudendheid; cliënten zo behandelen als ik zelf behandeld wil worden; aanspreekbaar zijn; 'gewoon doen' in ongewone situaties; inleven in een ander; naast mensen staan, geen veroordeling van mensen maar hen juist 'binnenboord' houden; niet in de steek laten; betrouwbaar zijn; opkomen voor zwakkeren; kunnen rommelen met regels ²⁵⁷

Tabel 5.5 Cruciale morele eigenschappen voor de OGGz.

In de totale opsommingen die in bijlage 5 staan afgedrukt komt verschillende keren naar voren dat de dienst- en hulpverleners proberen om naast hun cliënten te blijven staan en niet te gaan moraliseren ondanks dat cliënten gedrag vertonen dat niet overeenkomt met hun eigen moraal. Deze opvatting is ook terug te vinden in een studie over de hulpverlening aan zwerfjongeren in Roemenië van Van der Laan²⁵⁸. De werkers in deze studie accepteren de situatie van de jongere als *feitelijk* vertrekpunt en niet als een *moreel* probleem. Ze werden er in deze studie op getraind om niet te moraliseren en regelovertredend gedrag op te vatten

²⁵⁷ Hier wordt op gereflecteerd in de bespreking van de volgende laag (5.3.4.4).

²⁵⁸ Laan, G. van der. Hulpverlening in de marge. Enige werkzame bestanddelen van methodisch handelen. *Sociale Interventie nr.1*, p22 – 34, 2000.

als bijvoorbeeld een gebrek aan competentie. De werkers proberen de jongeren te leren om morele overwegingen te maken ten aanzien van het eigen functioneren en van anderen (p28).

In de opsommingen van dit deelonderzoek domineren verder persoonlijke eigenschappen als 'trouw, respect voor anderszijn, naast mensen staan, aansluiten, opkomen voor zwakkeren, barmhartigheid tonen, anderen niet in de steek laten, erkenning geven'. In deze aanduidingen klinkt een betrokkenheid door die doet denken aan het werk van Baart. In de bespreking van het begrip 'trage vragen' van Kunneman (zie hoofdstuk twee) kwam de overbodigheid naar voren van mensen die niet mee kunnen komen in de technomaatschappij en daarom afglijden naar de periferie van betekenisvolle netwerken. Daar komen ze niet om van de honger, maar zijn ze in de woorden van Kunneman wel 'nutteloos, overbodig, irrelevant, omdat ze niet in staat zijn te functioneren als knooppunt van veelvoudige relaties, als kruispunt van kennis- en informatiestromen en als aanjager van de bijbehorende consumptieve dynamiek'. Baart pakt dit maatschappelijk probleem op in de beschrijving van zijn theorie van de presentie. Net als Kunneman ziet hij de kern van het sociale probleem niet in het gebrek aan geld en goederen, maar in sociale overbodigheid.

'Sociaal overbodigen lijden niet alleen onder met armoede geassocieerde tekorten maar ze zijn, hoewel er naar wordt omgezien, nauwelijks in tel zonder dat dat ernstig geacht wordt' (p319)²⁵⁹.

Een citaat uit een recent artikel van zijn hand laat zijn kritiek zien op de lauwe betrokkenheid van professionals en de ontoegankelijkheid van instellingen:

De afschuwelijke ontdekking is dat hoewel er voor armen – the least, last, lost and latest, zoals Gandhi ze noemt – in onze samenleving van alles en nog wat heet te zijn, dit 'interventionistisch georganiseerde aanbod' in het aanvoelen van wie teruggeworpen is op zichzelf veel te vaak innerlijk leeg en ontoegankelijk is (p6)²⁶⁰.

Baart maakt onderscheid tussen een interventiebenadering en een presentiebenadering. Uitgangspunt van deze presentiebenadering is de erkenning van de miskende mens in zijn menszijn. Op pagina 749 van zijn omvangrijke studie naar een theorie van de presentie brengt hij de karakterisering van de beide benaderingen als volgt onder woorden:

²⁵⁹ Baart: 2001

²⁶⁰ Baart, A. Inleiding: een beknopte schets van de presentietheorie. *Sociale Interventie*, p5 – 8, nr.2, 2003

‘Waar de interventie te paard gaat, gaat de presentiebeoefenaar te voet. Ongehaastheid is dan een kenmerk bij uitstek van de presentiebenadering, terwijl de geplande, beschotte en berekende tijd de interventiebenadering typeert. De interventiebenadering is gericht op het verdwijnen van iets [symptomen, problemen, e.d. red.], de presentiebenadering is gericht op het verschijnen van iets [menselijke waardigheid, red.]’

In de praktijktheorie die Baart ontvouwt gaat het om eigenschappen die ook in de lijst van persoonlijke eigenschappen van de hulpverleners in Groningen terug te vinden zijn, zoals: ongehaastheid, trouw, naast iemand staan, doordringen in iemands leefwereld en het erkennen van de niet geziene mens. De betrokkenheid die in de morele oriëntaties van deze hulpverleners doorklinkt lijkt de hulpverleners uit de Groningse praktijk te helpen om door antisociale gedragingen van OGGz-cliënten heen te kijken en toch contact te maken. Ze zetten door ondanks dat cliënten zichzelf waarmakende voorspellingen uitlokken die kunnen leiden tot zorgvermijding en zorgverlamming. Tot zover de derde laag van de ijsbergstructuur.

5.3.4.4 De vierder laag: identiteit

We zijn aangekomen in de onderste laag, in de ogen van Bergenhenegouwen e.a. de belangrijkste laag, een laag waar de identiteit van de hulpverlener een hoofdrol speelt. Een laag ook waarvan het de vraag is of de persoonlijke eigenschappen die hier gevonden worden – los van de vraag of deze wel of niet overdraagbaar zijn – wel van betekenis zijn voor andere hulpverleners. Zijn ze met andere woorden niet te particulier en daarmee onvoldoende universeel? Bij de dataverzameling kwam dit thema ook naar voren; de informanten vonden het veel moeilijker om cruciale, voor de OGGz onmisbare, persoonlijke eigenschappen in het materiaal aan te wijzen. We zullen zien dat het empirisch materiaal, vooral als het verbonden wordt met bestaande theorie, niettemin belangrijke aanknopingspunten biedt voor het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming. We gaan opnieuw in deze laag systematisch zoeken naar competenties die hulpverleners in de OGGz in staat stellen om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen.

Laag 4 ²⁶¹	Cruciale eigenschappen
Zelfconcept	Onorthodox; eigenwijs; creatief; flexibel; sociaal; optimisme
Eigenlijke motieven	-
Inzet	Doorzettingsvermogen; stressbestendigheid; betrokkenheid; diplomatie; geduld; begrip; praktische inslag; enthousiasme

Tabel 5.6 Cruciale identitaire eigenschappen voor de OGGz

Bij dit onderdeel bleek het in beide groepsdiscussies uitermate moeilijk om overeenstemming te vinden over de identiteiten die voor de OGGz onmisbaar zijn. Humor en relativiseringsvermogen werden bijvoorbeeld door een deel van de informanten gezien als essentieel, anderen vonden dit echter niet cruciaal. We hebben er voor gekozen om de essentie van de discussie in deze tekst terug te laten keren om hier later lessen uit te trekken voor het markeren van cruciale competenties. Uit de groepsdiscussies komen zelfconcepten naar voren die het belang weerspiegelen van professionals die 'zich kritisch verhouden tot de mainstream²⁶²' en tot op bepaalde hoogte 'eigenwijs zijn'. Creativiteit wordt gezien als belangrijk voor de OGGz maar impliceert dat professionals in zekere mate 'onorthodox durven te zijn'. Over de eigenschap 'flexibiliteit' werd naar voren gebracht dat het essentieel is dat hulpverleners 'de controle kunnen delen' met cliënten en in zekere mate een

²⁶¹ Zelfconcept, ook wel aangeduid als zelfbeeld, is een totaal aan indrukken, ideeën en waarnemingen over het eigen 'ik'. Een aantal respondenten zag zichzelf bijvoorbeeld als 'bruggenbouwer', maar de respondenten vonden dit geen cruciale eigenschap. 'Eigenlijke motieven' verwijst naar de diepere drijfveren van mensen. In de groepsdiscussies kwam bijvoorbeeld naar voren dat een aantal hulpverleners 'onrecht niet kunnen zien' of dat ze 'eenzaamheid van anderen niet kunnen verdragen'. De kolom 'cruciale eigenschappen' is leeg gelaten omdat deze niet af te leiden zijn uit het materiaal. De categorie 'inzet' verwijst naar de typische wijze waarop personen acteren.

Identiteit, het overkoepelende begrip in deze onderste laag, is tenslotte geen onomstreden begrip. Van Bergenhenegouwen e.a. achten in navolging van Spencer & Spencer de veranderbaarheid van de onderste twee lagen beperkt. In die veranderbaarheid spelen wat Spencer & Spencer aanduiden als 'stabiele eigenschappen' een grote rol. Temperament, stressbestendigheid en andere elementen die ontleend zijn aan de trekentheorieën (trait-theories), zouden niet gemakkelijk te veranderen zijn. Het is beter volgens hen om mensen te selecteren op deze eigenschappen. Giddens daarentegen heeft een andere kijk op identiteit. Hij ziet identiteit als een reflexief project waaraan personen continue werken. Mensen creëren, onderhouden en reviseren volgens Giddens een set van biografische narratieven. Identiteit is vanuit dit gezichtspunt het reflexief begrijpen van de eigen biografie. Identiteiten moeten constant gebeurtenissen in de buitenwereld integreren in 'the ongoing story about the self' (p54). Het gezichtspunt van Giddens biedt goede aanknopingspunten voor het doorgronden van het onderdeel 'eigenlijke motieven' en wordt daarom hier naar voren gehaald. Zie: Giddens, 1991, p53 e.v.; vgl. Van Bergenehegouwen e.a. (1998), Spencer & Spencer (1993).

²⁶² Deze persoonlijke eigenschap komt ook bij Baart terug. Baart, p6, 2003

‘ongewisse uitkomst’ en een ‘verassend verloop van de hulpverlening moeten kunnen (ver)dragen’. OGGz- cliënten zouden mensen zijn die vaak een zwakke identiteit hebben, die behoefte hebben aan controle over de situatie. Hulpverleners die de regie teveel in handen nemen, die teveel met vastomlijnde procedure te werk gaan, die te weinig ruimte laten voor OGGz-clieënten om zelf te bepalen hoe snel en hoe intens de hulpverlening zich ontrolt, zouden niet beschikken over de vereiste flexibiliteit.

In de groepsdiscussie werd naar voren gebracht dat ‘verantwoordelijkheid nemen’ betekent dat er soms ‘gerommeld wordt met regels’ en dat er soms ‘genuanceerd afgeweken wordt van regels’. In hoofdstuk drie van deze dissertatie zien we deze persoonlijke eigenschappen terug bij Giddens die competente actoren ziet als ‘human agents’ die door interactie, betekenisgeving en het aanboren van hulpbronnen, structuren veranderen of nieuwe produceren; bij Kegan die het zelfsturend vermogen ziet als cruciaal voor werknemers. Vanuit MacIntyre’s moraaltheorie zien we hulpverleners die deugden aanhangen, die verlangens toelaten of beheersen, die zich voegen naar een traditie die al veel langer loopt en zo samen een praktijk vormen waar heel specifieke opvattingen bestaan over het ‘goede’. ‘Rommelen met regels’ is bijvoorbeeld een bijzondere manier om de klassieke deugden²⁶³ van rechtvaardigheid en moed inhoud te geven. Voor het rommelen met regels is moed nodig want hulpverleners lopen risico’s, om cliënten recht te doen is dat soms wel nodig.

Uit de eigenschappen die genoemd worden en uit de groepsdiscussie komt naar voren dat de categorieën ‘eigenlijke motieven’ en ‘inzet’ moeilijk van elkaar te scheiden zijn, iemands motieven bepalen iemands gedrevenheid en bepalen iemands inzet. Ook in deze categorie was het moeilijk om cruciale eigenschappen af te leiden uit het materiaal. De categorie ‘eigenlijke motieven’ is zelfs leeg gelaten. De eigenschappen die hierbij genoemd werden zijn erg verschillend, zeer persoonlijk en allemaal legitiem als drijfveer en motief voor het werken in de OGGz. Twee voorbeelden uit de groepsdiscussie zijn exemplarisch voor deze verscheidenheid.

Exempla 34

Fragment 1

‘Mijn moeder (ik was 7 jaar) is ooit met een depressief beeld opgenomen geweest. Ik heb daar nog steeds één beeld van voor ogen: we gaan op bezoek. Ik loop door een lange gang (waarschijnlijk samen met mijn vader en misschien ook broers en zus), op weg naar een kamer waar mijn moeder zich moet bevinden. De deur (zo eentje die je in de oude paviljoens tegenkwam: glas in ijzer) gaat open, we steken een groot Perzisch tapijt over

²⁶³

waar aan het eind mijn moeder zit. Ze zit wezenloos voor zich uit te staren, kan geen contact met haar krijgen. Ik snap er niets van. Dat is toch niet werkelijk mijn moeder? Waar is ze dan wel? {...}

Dit gevoel kan ik bij klanten nog steeds hebben: wat zit er achter het masker? Hoe kan ik contact krijgen? Ik denk dat in het begin van mijn hulpverleningscarrière de wanhoop en machteloosheid nog een grote rol speelde.[..] Gaandeweg, with a little help from my friends en therapie, heb ik de kwaliteit achter deze zoektocht naar het vat krijgen op waar mensen zitten, meer weten te benutten. De drive is gebleven, ik heb het zelf alleen minder nodig om iets van ze terug te krijgen in de vorm van ze zich laten kennen.'

~

Fragment 2

'Bij ons in Twente is het noaberschap belangrijk. Je geeft om elkaar, je denkt om elkaar. Erbij horen is natuurlijk. Dat mensen er niet bij horen kan ik niet verdragen. Ik heb vanuit het noaberschap vanuit een 'wij-gevoel' leren omgaan met anderen. Dat wij is sterker dan het 'ik-gevoel'. Pas toen ik verhuisde buiten Twente, merkte ik dat ik in de 'ik' moest leren praten en denken.'

Einde

De eigenlijke motieven, die weer de gedrevenheid en de inzet bepalen, worden in het eerste fragment verklaard door de wil om te begrijpen wat er aan de hand was met de onbereikbare moeder. Deze geschiedenis heeft de hulpverlener in kwestie gevormd om later anderen als professional te leren begrijpen. De motieven, de gedrevenheid en de inzet in het tweede fragment hebben te maken met het niet kunnen verdragen van de eenzaamheid en de pijn die een ander ondergaat die er niet bijhoort. Het helpen van anderen in de OGGz heeft voor deze hulpverleners – in de woorden van Pessers - retourgiften in het verschieft die niet voor anderen zichtbaar zijn. Deze retourgiften hebben te maken met *door anderen te begrijpen, begrijp ik mezelf* (fragment 1), *door anderen te helpen krijg ik die complete wereld terug waar ik zo vertrouwd mee ben* (fragment 2). Of er wel echt sprake is van een gift is overigens de vraag. Een gift impliceert een gever, en is de gever hier wel aanwezig? Niettemin leveren de hulpverleningssituaties de hulpverlener iets op. Deze subtiele opbrengsten zijn volgens deze informanten de reden dat ze in dit werk terechtgekomen zijn, dat ze het volhouden en dat ze er plezier in hebben. Tegelijkertijd schiet de verklaring van wederkerigheid tekort, want is hier wel sprake van lonende aanspraken op retourgiften? We komen hier zo op terug.

Hoewel de deelnemers aan de groepsdiscussie benadrukken dat uiteenlopende motieven en gedrevenheden belangrijk zijn en naast elkaar kunnen bestaan, worden eigenschappen als 'denken in mogelijkheden, optimisme, betrokkenheid, en enthousiasme', wel gezien als belangrijk. De twee fragmenten en de uitkomsten van de groepsdiscussies maken het aannemelijk dat de categorie 'eigenlijke motieven' gevuld zou kunnen worden met een

oneindig aantal configuraties. Er zijn met andere woorden geen *cruciale* eigenschappen af te leiden uit het materiaal voor deze categorie.

Terug naar de vraag die opgeworpen werd bij de aanvang van de bespreking van deze onderste laag van de ijsbergstructuur: zijn er persoonlijke eigenschappen in deze laag te vinden die van belang zijn voor het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming die cruciaal en voor anderen betekenisvol zijn? We gaan voor het beantwoorden van die vraag naar het werk van de filosoof Duyndam²⁶⁴. Hij besteedt uitgebreid aandacht aan de grondslagen van helpen waarvoor geen lonende aanspraken terugverwacht kunnen worden. Duyndam onderzoekt in het hier aangehaalde artikel de betekenis van generositeit als basis voor de bereidheid tot zorg. De persoonlijke eigenschappen van de twintig informanten verraden een sterk verantwoordelijkheidsbesef en een sterke empathie voor het lot van gemarginaliseerde mensen. Duyndam brengt deze twee eigenschappen in verband met generositeit. Generositeit wordt door Duyndam omschreven als ‘de onvoorwaardelijke bereidheid tot het beantwoorden van een niet-per-se-lonende aanspraak’ (p143). Duyndam baseert zijn analyse op empirisch onderzoek dat de sociaal-psychologen Samuel en Pearl Oliner deden naar de persoonlijke eigenschappen van zogenaamde ‘helpers’. De Oliners deden onderzoek naar een bijzondere vorm van hulp, de hulp aan Joodse onderduikers in de Tweede Wereldoorlog. Het onderzoek had betrekking op de persoonlijke eigenschappen van mensen die de helpende hand uitstaken in extreme omstandigheden. Het ging daarbij om riskante hulp aan mensen in een marginale en uitzichtloze positie. De onderzoekspopulatie van de Oliners bestond uit 406 zorgvuldig geselecteerde ‘helpers’ die voldeden aan de volgende criteria: ‘hun hulp moest (1) gericht zijn op anderen, in casu joden; (2) een hoog risico of offer met zich meebrengen voor de helper; (3) niet worden beloond en (4) vrijwillig zijn’ (p124). Daarnaast werd door de Oliners een controlegroep van 126 ‘niet helpers’ onderzocht die wat betreft leeftijd, opleiding, sekse en geografische locatie in de oorlogsjaren vergelijkbaar was. We laten in de volgende opsomming de uitkomsten zien die Duyndam uit het onderzoek van de Oliners naar voren haalt:

- De ‘helpers’ typeerden hun hulp als ‘niets bijzonders’, ‘het ging vanzelf’, ‘het lag voor de hand’.

²⁶⁴ Duyndam, J. *Zorg en generositeit*. In: Manschot H. & M. Verkerk (red.) *Ethiek van de zorg*. Amsterdam: Boom, p119-150, 1994

- Helpers bleken significant hechtere banden met hun ouders te hebben gehad dan niet helpers.
- Helpers hadden meer vrienden dan niet helpers, hun vriendenkeus was bovendien minder gebaseerd op status- en standsoverwegingen.
- Helpers meldden vaker het verlangen in hun jeugd om zich één te voelen met een breder scala aan mensen. In hun relaties legden ze meer nadruk op gevoelde overeenkomsten dan op verschillen met anderen, terwijl voor niet helpers eerder het omgekeerde gold.
- In hun omgang met en hun mening over anderen beschouwden niet helpers (en ook hun ouders) anderen eerder als behorend tot een bepaalde groep (de rijken, armen, katholieken, de joden), waardoor ze vaker geneigd waren anderen vanuit stereotiepe vooroordelen te benaderen. Helpers (en hun ouders) daarentegen zijn meer gewend om anderen als afzonderlijke (goede of slechte) individuen te benaderen.
- Helpers voelden zich sterker verantwoordelijk voor hun relatie en toonden daardoor vaker de bereidheid om meer te geven dan te ontvangen. Helpers en niet helpers waren gelijkelijk empathisch of vatbaar voor 'emotionele besmetting', maar helpers hadden een sterke empathie voor juist het lijden van anderen.
- Onder helpers waren niet meer of minder 'leidertypes' dan onder niet helpers, maar helpers hadden wel meer innerlijk gezag; ze voelden zich meer baas over hun eigen leven; hadden vaker het idee hun lot in eigen hand te kunnen nemen en waren eerder bereid mislukkingen te accepteren (p127, 128).
- Helpers werden als kind veel minder vaak fysiek gestraft dan niet helpers, en als dat al gebeurde dan pas in tweede instantie en na een waarschuwing. Aan helpers werd meer uitgelegd waarom ze iets verkeerd hadden gedaan zodat ze het verband met de straf en hun gedrag konden zien. Niet helpers beschouwden hun straf vaak als onrechtvaardig en willekeurig, als uiting van agressie van de ouder. Duyndam vult verderop in het artikel aan dat van een redelijke straf een boodschap van respect uitgaat van vertrouwen in het kind; ze is gebaseerd op de veronderstelling dat er een fout is gemaakt en niet van een veronderstelde boze opzet. Ouders van niet helpers legden beduidend meer nadruk op gehoorzaamheid. Het niet helpen van onderduikers in oorlogstijd wordt wel in verband gebracht met de cultuur van gehoorzaamheid (p132).
- In bezettingstijd hebben zowel helpers als niet helpers te maken gehad met gevoelens van ongerustheid, angst, verontwaardiging en woede. Bij de niet helpers overheerste

echter angst, hopeloosheid, onzekerheid, machteloosheid en soms zelfs apathie (p139).

Duyndam duidt deze emoties aan als remmende emoties. We komen hier zo op terug.

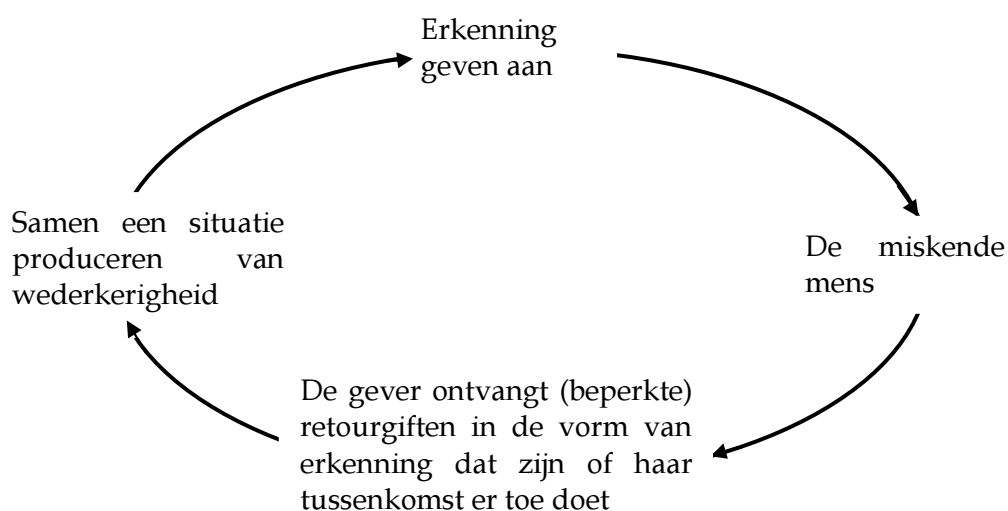
Duyndam komt tot de conclusie dat de banden die helpers met anderen aangaan een onvoorwaardelijker karakter hebben dan die van niet helpers. Interessant voor de vraagstelling in deze paragraaf is nog het onderscheid dat Duyndam, in navolging van de Oliners, maakt tussen enerzijds ik-gecentreerde, lonende, op aanpassing gerichte waarden: hard werken, spaarzaamheid, betrouwbaarheid, eerlijkheid, fatsoen, respect, rechtvaardigheid – en anderzijds de op de ander gerichte, niet perse lonende waarden als openhartigheid, mildheid, gastvrijheid, medeleven, betrokkenheid, en zorg. Helpers scoorden meer dan de niet helpers op de waarden uit de tweede groep. Duyndam nuanceert op dit punt het onderzoek van de Oliners door er op de te wijzen dat er sprake is van een verschillende paradigmatische oriëntatie tussen waarden uit de eerste groep (rechtvaardigheid) en de tweede groep (zorg). Duyndam wijst in dit verband op het gevaar van een karikaturale opdeling van enerzijds egoïstische niet helpers en altruïstische helpers anderzijds. Helpers zien echter geen tegenstelling tussen de waarden rechtvaardigheid en zorg (p134).

Duyndam haalt de psychoanalytica Miller aan bij het zoeken naar verklaringen voor generositeit en altruïstische gedrag. Daarbij domineert de verklaring dat wie in zijn of haar ontwikkeling zelf onvoorwaardelijke liefde heeft gehad, ook onvoorwaardelijk liefde geven kan. Maar ook omgekeerd, wie deze onvoorwaardelijke liefde heeft moeten ontberen zal dit ook minder makkelijk kunnen geven. Wie als kind heeft meegemaakt dat het opgemerkt, erkend, geaccepteerd en serieus genomen wordt als ‘dat wat het is’, kan later makkelijker anderen onvoorwaardelijk helpen. Personen die voorwaardelijke liefde hebben gehad, die bijvoorbeeld alleen liefde kregen als zij gehoorzaam waren, kunnen later moeilijk onvoorwaardelijk helpen. Niet helpers blijven met andere woorden steken in ‘voor wat, hoort wat’. De niet helpers kunnen de hierboven genoemde remmende emoties niet gemakkelijk overwinnen en gaan niet in op een niet perse lonend appèl omdat er een negatieve kosten-batenanalyse wordt gemaakt. Voor helpers geldt dat het welzijn van de ander als zodanig, en alleen daarom, telt. Tot slot wijst Duyndam er op dat generositeit geen onderdeel van de moraal kan zijn omdat de aanspraak (het appèl dat op mij gedaan wordt) slechts door de persoon zelf kan worden ervaren en beantwoordt. Deze notie is voor dit onderzoeksproject van belang, want is deze onvoorwaardelijke bereidheid tot het beantwoorden van een niet-per-se-lonende aanspraak, wel overdraagbaar en van belang

voor andere professionals in de OGGz? In hoofdstuk zeven komen we in zijn algemeenheid terug op de leerbaarheid en overdraagbaarheid van competenties, waaronder deze. Voorlopig wordt hier de positie ingenomen dat het vermogen om te reflecteren op de eigen generositeit van betekenis is voor het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming. Terug naar de eigenschappen van de twintig informanten die deelnamen aan de groepsinterviews.

In de lijst met persoonlijke eigenschappen die de informanten zelf zeggen te hebben en die ze nodig vinden voor de OGGz is een groot aantal eigenschappen te vinden die ook in het profiel van de helpers in het artikel van Duyndam terugkomen: betrokkenheid; verantwoordelijkheid nemen voor je naasten; cliënten zo behandelen als ik zelf ook behandeld wil worden; volharding; trouw; barmhartigheid; niet zelfzuchtig zijn; vertrouwen; iedereen hoort erbij; geen veroordeling, maar mensen binnen boord houden; vertrouwen op een goede afloop (optimisme). Deze eigenschappen kunnen geherformuleerd worden in de woorden van Duyndam: 'Het welzijn van de ander als zodanig, en alleen daarom, telt.' De overeenkomsten tussen de inhoud van de deugdethiek in MacIntyre's moraaltheorie en het profiel van de helpers is treffend. De oriëntatie op zowel innerlijke deugden als op de gemeenschap weerspiegelt deze overeenkomst.

Een groot aantal andere eigenschappen uit de tabellen 5.4 en 5.5 vloeit voort uit, of ligt in het verlengde van generositeit. Is daarmee generositeit een noodzakelijke of misschien zelfs onmisbare eigenschap voor het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming in de OGGz? Gelet op de beperkte omvang van de retourgiften en de mate waarin niet lonende aanspraken in de OGGz tegemoet gezien kunnen worden, ligt een positieve beantwoording van deze vraag voor de hand. Toch is er meer nodig dan de kwantitatieve premissen die in dit antwoord besloten liggen. Voor dat antwoord is er bovendien een synthese nodig van de eerder behandelde inzichten van Baart, Pessers en Duyndam. Pessers haalt de psychoanalytica Benjamin aan die het verband tussen wederkerigheid en erkenning benadrukt. 'Wederkerigheid is – in de vorm van wederkerige erkenning – een noodzakelijke voorwaarde om als subject te bestaan' (p9). Het ontlopen van negatieve spiralen die uitmonden in zorgvermijding en zorgverlamming is sterk afhankelijk van het vermogen om opwaartse spiralen van vertrouwen en samenwerking tot stand te brengen (zie afbeelding 5.7).



Afbeelding 5.7 Creëren van opwaartse spiralen van vertrouwen en samenwerking

Pessers behandelt het begrip erkenning in het kader van een studie naar wederkerigheid als structuurprincipe van onze rechtsorde, terwijl Benjamin vooral ingaat op erkenning en de rol die dit speelt bij de geslachtelijke identiteit en de individuatie van het kind²⁶⁵. Begrip van dit erkenningsproces zelf is in het kader van deze dissertatie echter van belang. Benjamin grijpt bij het uitwerken van erkenning terug op de filosoof Hegel en stelt het proces van erkenning voor als ‘het gooien en vangen’ als bij een balspel (1998, p29). De balspelers kunnen alleen door en met elkaar plezier hebben. Zo ook met seksualiteit. De wederzijdse ervaring van seksuele opwinding van geliefden jaagt erkenning en weer nieuwe opwinding aan. Voor het tot stand brengen van opwaartse spiralen van vertrouwen in de OGGz is een concretere voorstelling van zaken nodig, een voorstelling van zaken op het niveau van vaardigheden. Bij erkenning gaat het in zijn algemeenheid om gehoord en gezien worden. In het veldonderzoek zijn verschillende concrete vormen van erkenning naar voren gekomen als: het markeren van kwaliteiten, bij de voornaam noemen, lichamelijke aspecten van communicatie benoemen, de essentie van een gespreksonderdeel zo weergeven dat de cliënt er zich in herkent, empathische opmerkingen maken die getuigen van inlevingsvermogen, oogcontact bieden, goed getimede parafraseringen, iemand voor laten gaan bij het betreden

²⁶⁵ Zie Benjamin, J. *Shadows of the other. Intersubjectivity and Gender in Psychoanalysis*. Routledge: New York, 1998.; Benjamin, J. *Like Subjects, Love Objects: essays on recognition en sexual difference..* Yale University Press: New Haven, 1995; Benjamin, J. *The Bonds of Love: Psychoanalysis, feminism, and the problem of domination and rational violence*. Pantheon: New York, 1988

van een ruimte enzovoort. Als deze vormen van erkenning 'aankomen' dan ontstaan opwaartse spiralen van erkenning die uitmonden in vertrouwen.

Generositeit, tot slot, is nodig in de OGGz omdat de retourgiften soms beperkt zijn of (lang) uitblijven en er dus sprake is van niet lonende aanspraken. Genereuze professionals kunnen met andere woorden het praten via de brievenbus beter en langer volhouden. Terug naar de vraag die leidraad is voor deze paragraaf: welke aanknopingspunten zijn in deze onderste laag te vinden voor het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming? Er is in deze praktijk in Groningen een groot aantal waarden, normen, morele maatstaven, zelfconcepten, motieven en gedrevenheden aangetroffen. Het empirisch materiaal is niet van dien aard dat er een eenduidig onderscheid gemaakt kan worden tussen persoonlijke eigenschappen die noodzakelijk, cruciaal of laat staan onmisbaar zijn voor het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming. Sterker nog, het ligt voor de hand om te veronderstellen dat professionals met verschillende configuraties aan zelfconcepten, motieven en drijfveren het vermogen hebben om deze opwaartse spiralen van samenwerking en vertrouwen op gang te brengen. De retourgiften kunnen, zo bleek immers uit de voorbeelden van de twee hulpverleners, veelvormig zijn. Als het empirisch materiaal gecontrasteerd wordt met uitkomsten van ander empirisch materiaal en theoretische noties van Baart, Pessers en Duyndam, dan wordt het aannemelijk dat deze opwaartse spiralen van samenwerking en vertrouwen makkelijker op gang gebracht kunnen worden door professionals die de onvoorwaardelijke bereidheid hebben tot het beantwoorden van niet-per-se-lonende aanspraken.

5.4 Nabeschouwing en conclusie

Voordat we de vraagstelling van dit hoofdstuk beantwoorden staan we kort stil bij de condities die de competenties van hulpverleners constitueren. We kunnen de competenties niet zinvol bespreken zonder ook de condities (zie afbeelding 3.4, hoofdstuk 3) waaronder ze naar voren komen in ogenschouw te nemen. Er zijn elementen in de werkomstandigheden en organisatie naar voren gekomen die sterk interacteren met de besproken werkwijze en waarop kritisch reflecties op zijn plaats zijn.

In de onderzochte praktijk is discrepantie ontstaan tussen leer en leven. In de loop van het veldonderzoek, in 1989/99 loopt de caseload van de vijf hulpverleners vol. Men kan de cliënten niet doorgeleiden naar achterliggende instellingen. De vrijplaats die deze praktijk geworden is, breekt de hulpverleners op. Aansluiting vinden bij maatschappelijke

instellingen blijkt lastig. De medewerking van instellingen komt ondanks een goed persoonlijk netwerk onvoldoende van de grond. Drie kernelementen van de werkwijze, het in beeld houden van blijvend kwetsbare mensen, het werken aan identiteitsontwikkeling en het versterken van netwerken, komen onvoldoende uit de verf. Het team van Vangnet & advies holt achter nieuwe aanmeldingen aan, weet de instellingen niet te verlokken om aan het werk te gaan met ontwikkelingsgerichte activiteiten en heeft er zelf geen tijd voor. Bovendien wordt de rol van dagbesteding en arbeid onvoldoende benut. Dit roept vragen op: zijn dit taken voor een vangnet is of voor de voorzieningen? Interessant om te vermelden is dat onderzoek naar dezelfde praktijk in 2004 uitwees dat de problemen uit 1998/1999 van het niet kunnen doorverwijzen, in 2004 verdwenen waren. Een convenant met samenwerkingsafspraken over de inzet van fte's in een frontofficeteam (de opvolger van Vangnet & advies) van medewerkers van de achterliggende instellingen (de backoffice), regelt de betrokkenheid van de instellingen. De betrokkenheid van achterliggende instellingen blijft evenwel een probleem. Medewerkers van instellingen als de GGZ en de verslavingszorg worden als het ware gedrongen in de positie die lijkt op die van een tweede lijns instelling: men krijgt gesaneerde problematiek, die past bij de instelling, op geleide van doorverwijzing. De natuurlijke betrokkenheid van maatschappelijke instellingen met de doelgroep, door het zelf signaleren van terugval en door het zelf in beeld houden van blijvend kwetsbare mensen, wordt hierdoor bemoeilijkt. Kijkend naar de condities die in hoofdstuk drie beschreven worden dan is er wel commitment van de voorzieningen bij de OGGZ in de stad Groningen, zelfs vastgelegd en geborgd in een convenant, maar de afstand tussen voorzieningen en de lokale bevolking is te groot²⁶⁶. Ook is er een vangnetteam, maar het verzorgingsgebied is groot (180.000 inwoners) waardoor het oppikken van signalen uit de lokale bevolking voornamelijk loopt via meldpunten. Er moeten steeds weer ketens op gang gebracht worden van signaleren, aanmelden, opzoeken, inventariseren, doorverwijzen en behandelen.

Het werken aan ontwikkelingsgerichte doelstellingen met mensen die (steeds opnieuw) in anomische processen verzeild raken blijkt lastig. De storingsgevoeligheid van keten signaleren, aanmelden, opzoeken, inventariseren, doorverwijzen belemmert het tot stand brengen van langdurige therapeutische relaties. Er ontstaan gemakkelijk breukvlakken,

²⁶⁶ Deze conclusie wordt bevestigd door het onderzoek naar Interventieteams in Beijum-Oost (een woonbuurt in Groningen). Zie Polstra & Schout: 2005

vooral omdat OGGz-cliënten zich niet makkelijk laten doorverwijzen. Het postpakketje²⁶⁷ dat ze dan zichzelf voelen en de anomische processen die daarmee gepaard gaan, worden erdoor versterkt. De reflecties op de condities in Groningen maken duidelijk dat er nog twee competenties van belang voor het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming:

- Het vermogen om te reflecteren op de condities in het eigen werkgebied c.q. de gemeente en, in de termen van Giddens, het vermogen om de transformatie van structuren door betekenisverlening en structuratie verder vooruit te helpen.
- Het vermogen om een verstandhouding te creëren van welwillendheid en wederkerigheid tussen instellingen en professionals en het vermogen om met tact en diplomatie professionals van instellingen te helpen om cliënten in beeld te houden.

Terug naar de vraagstelling: welke competenties van professionals in de OGGz maken het mogelijk om zorgverlamming en zorgvermijding terug te dringen? In hoofdstuk twee is naar voren gebracht dat cliënten zichzelf waarmakende voorspellingen uitlokken die het wereldbeeld bevestigen dat van de samenleving en de hulpverlening niets meer te verwachten valt ('zie je wel, de hulpverlening deugt toch niet'). Ook is naar voren gebracht dat afhankelijkheid en machtsongelijkheid ervoor zorgen dat cliënten snel achterdochtig en overgevoelig worden voor aanwijzingen van opportunisme bij hulpverleners. Dit betekent dat hulpverleners niet alleen het vermogen moeten hebben om deze processen te doorzien, maar ook het vermogen moeten hebben om deze zichzelf waarmakende voorspellingen te ontlopen. In het empirisch onderzoek zijn verschillende competenties naar voren gekomen die het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming mogelijk maken. Het gaat daarbij om een mix van vakkennis, intermediaire vaardigheden, morele oriëntaties en persoonlijke eigenschappen die het mogelijk maken om opwaartse spiralen van samenwerking en vertrouwen op gang te brengen met OGGz-cliënten. Deze competenties laten zich als volgt samenvatten:

- Het vermogen om contact te maken en een relatie op te bouwen met mensen die dat (ogenschijnlijk) uit de weg gaan.
- Het vermogen om in een aanbodgerichte context te zorgen voor samenwerking, continuïteit en afstemming in de geboden zorg.
- Het vermogen om motivatie op gang te brengen bij cliënten en samenwerking uit te lokken.

²⁶⁷ Marlieke de Jonge heeft het in haar gedicht 'De straatzorgwerker' over de wegwerpmensen. In: Jonge, M. *Wie zegt dat je onder leed moet lijden?* Stichting GGz Groningen, 2006.

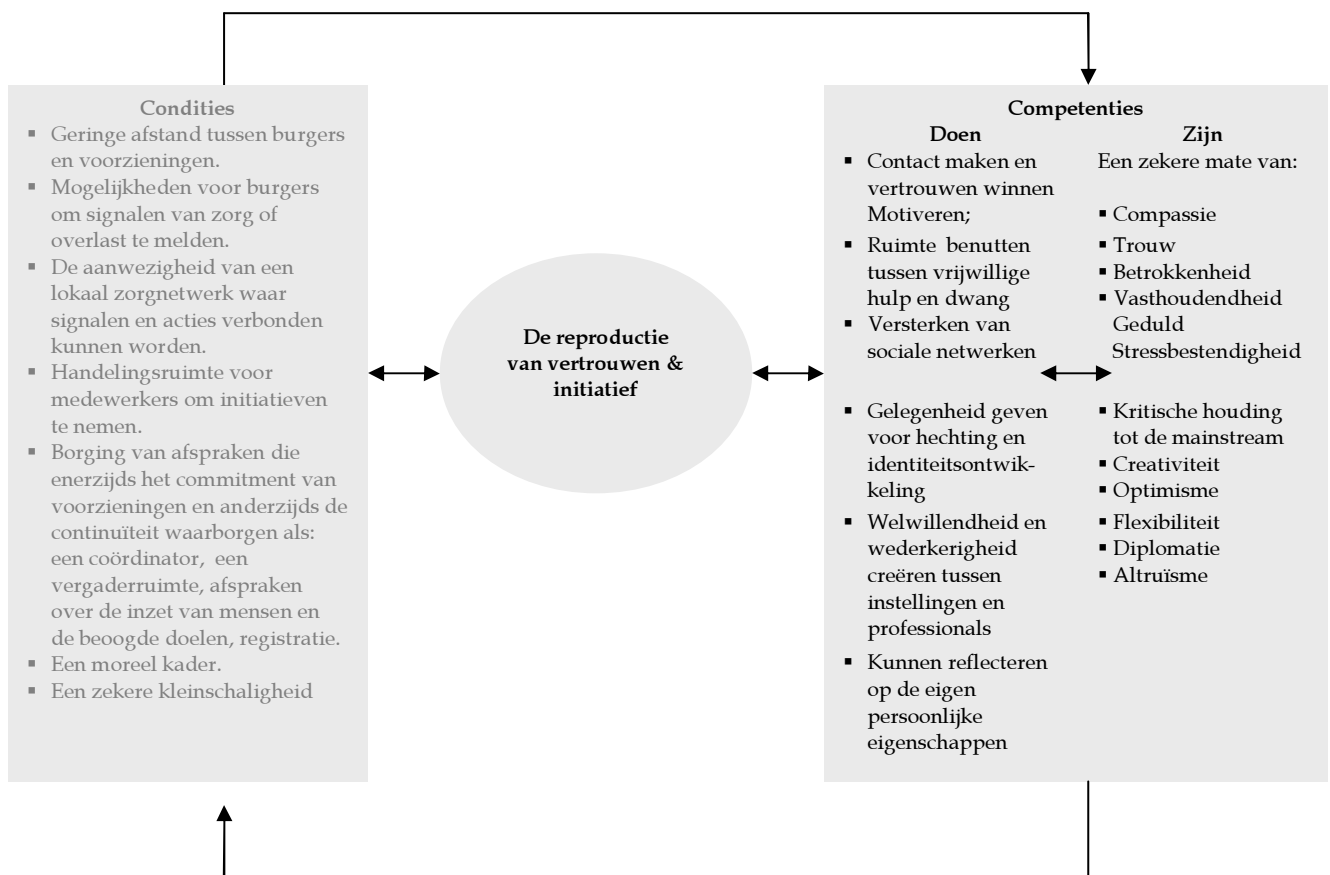
- Het vermogen om kwetsbaarheid terug te dringen door sociale netwerken rond de cliënt te versterken.
- Het vermogen om de ruimte te benutten die er ligt tussen vrijwillige hulp en dwang.
- Het vermogen om te interveniëren bij een crisis en het vermogen om samen met het cliëntsysteem en andere betrokkenen in te spelen op voortekenen van terugval in de toekomst.
- Het vermogen om cliënten die dat nodig hebben, blijvend in beeld te houden en hen in een langdurige relatie gelegenheid te geven voor hechting en identiteitsontwikkeling.

Deze competenties zijn onderdeel van een werkwijze die op zichzelf niet nieuw is of vernieuwend. De werkwijze refereert aan en bouwt voort op het werk van andere onderzoekers die eerder in dit hoofdstuk genoemd zijn. In de wijze *waarop* deze werkwijze gestalte krijgt in deze praktijk schuilt het vermogen om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen. De kern van de werkwijze waarmee het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming kansrijk wordt, wordt bepaald door het vermogen om vanuit acceptatie aansluiting te zoeken met cliënten. Giddens wijst er op dat door herdefiniëring van processen en structuren, deze (een andere) betekenis krijgen. Door deze herdefiniëring kunnen nieuwe structuren, nieuwe verwachtingen en nieuwe gedragingen een kans krijgen: kleine vooruitgang kan door opmerkzaamheid en herdefiniëring op waarde geschat worden; vijandig gedrag als een poging om angst te bezweren etc. Hulpverleners die rekening houden met een gemis aan competenties bij cliënten, die in plaats van het stellen van eisen en doelen, proberen contact te zoeken vanuit acceptatie van wat er is (aan competenties, aan hulpbronnen), die hebben een grote kans om daarin te slagen. Het toekennen van betekenissen en het herdefiniëren van structuren komen voort uit deze inhoudelijke visie.

Het onderzoeksmateriaal maakt het aannemelijk dat een aantal morele en identitaire eigenschappen constituerend zijn voor deze competenties: compassie, trouw, betrokkenheid, vasthoudendheid, een kritische houding tot de mainstream, flexibiliteit, optimisme, diplomatie, geduld, creativiteit, stressbestendigheid en een zekere mate van altruïsme. Bij deze opsomming past een kanttekening.

Zijn ongeduldige of pessimistische personen dan niet in staat om zorgvermijding en zorgverlamming in de OGGz terug te dringen? En moet een heel lokaal zorgnetwerk bestaan uit personen die zich kritisch verhouden tot de mainstream? Leidinggeven aan een dergelijk team kon wel eens lastige opdracht zijn. Een dergelijke unificerende opvatting zou professionals die bepaalde eigenschappen (nog, of tijdelijk) missen uitsluiten, terwijl

insluiten juist de bedoeling van de OGGz is. Incongruentie tussen de interne mores en de externe bedoelingen van de OGGz zal zonder twijfel zijn eigen verlammingen voortbrengen. Waarschijnlijk zijn er geen hulpverleners die doorlopend over alle geschetste eigenschappen beschikken. We concluderen hier dat een zekere mate van optimisme, geduld e.d. nodig is maar dat het reflexief omgaan met eigen beperkingen belangrijker is. Het gaat er dus niet zozeer om of de persoon ongeduldig is, maar wel dat de persoon hierop kan reflecteren, of dat anderen in het team deze eigenschappen kunnen compenseren. Als de persoon kan inzien welk gedrag het ongeduld bij anderen uitlokt en welke verwachtingen er op gang komen, dan kan de persoon keuzes maken en wellicht het ongeduld (enigszins) ontstijgen. In afbeelding 5.8 zijn de competenties te zien die hulpverleners in staat stellen om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen in de OGGz. De afbeelding weerspiegelt de wisselwerking tussen het doen (de werkwijze) en het zijn (de persoonlijke eigenschappen) en de condities waar de OGGz mee te maken heeft. De praktijkvoorbeelden in dit hoofdstuk laten zien dat de werkwijze de persoonlijke eigenschappen beïnvloedt en visa versa. Deze personen beïnvloeden vervolgens hun praktijken en visa versa. In het volgende hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de wijze waarop deze condities en competenties beïnvloed kunnen worden door een leertraject.



Afbeelding 5.8: Competenties (en condities) die de reproductie van vertrouwen en initiatief mogelijk maken

6.1 Inleiding

Zoals het OGGz werkveld is opgedeeld in verschillende maatschappelijke instellingen die zich bezighouden met veiligheid, zorg en welzijn, wonen, zo kennen de beroepsopleidingen die voorbereiden op dit werk ook verschillende afstudeerrichtingen en differentiaties. Verregaande differentiatie in beroepsgroepen en maatschappelijke instellingen heeft ertoe geleid dat opleidingen zich eveneens sterk zijn gaan specialiseren. Het werk in de OGGz vereist echter een generieke, op samenwerking gerichte werkwijze. Hulpverleners zijn bovendien gewend om te werken volgens de visie en het beleid van hun eigen beroep of instelling terwijl OGGz-cliënten goed reageren op een integrale en laagdrempelige aanpak. De GGD in Groningen vroeg in 1998/99 om het overdraagbaar maken van een werkwijze die de hulpverleners van Vangnet & advies hadden ontwikkeld. Dit viel samen met een groeiende en omvangrijke vraag naar scholing in het bieden van ongevraagde hulp en bemoeizorg in Nederland. In de periode 2000 – 2002 was er zoveel vraag naar bij- en nascholing dat er niet steeds ad hoc een programma gemaakt kon worden. De behoefte groeide aan systematische competentieontwikkeling in de OGGz. Er zijn echter nog twee redenen geweest om een leertraject te ontwikkelen voor professionals in de OGGz:

- Er wordt in de huidige beroepsopleidingen, zowel in het Middelbaar Beroepsonderwijs als het Hoger Beroepsonderwijs, nog weinig aandacht besteed aan de OGGz.
- Zoals in de hoofdstukken twee en vijf naar voren is gekomen, is er speciale aandacht nodig voor competenties om contact te leggen met cliënten die door de OGGz geholpen worden en is er speciale aandacht nodig voor competenties en werkomstandigheden die samenwerking tussen instellingen en professionals mogelijk maken.

Om hieraan tegemoet te komen is er een leertraject ontwikkeld om professionals voor te bereiden op het werken in de OGGz. Het leertraject was gebaseerd op de uitkomsten van delen van het onderzoek zoals die in 2002 beschikbaar waren (het veldonderzoek en de focusgroepen). Teneinde belangenverstrengeling te voorkomen is het exemplarische

²⁶⁸ Een verkorte versie van dit hoofdstuk verscheen eerder in: Schout, G., S. Schepers & M. van der Kamp. Naar Communities of Practice in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. Over leren in een interorganisationeel netwerk. *Sociale Interventie*, nr. 1, p5 - 12, 2005 *Onderwijs & Gezondheidszorg*, nr. 2, p20 t/m 24, maart 2005. Zie ook: Schepers, S., G. Schout & M. van der Kamp. Leren in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz). *Onderwijs & Gezondheidszorg*, nr. 2, p20 t/m 24, maart 2005

praktijkonderzoek en het evaluatieonderzoek niet door dezelfde onderzoeker uitgevoerd. In het kader van haar studie aan de Rijksuniversiteit Groningen voerde Schepers in 2002 – 2003 een onderzoeksopdracht uit naar de invoering en resultaten van dit leertraject²⁶⁹. Het evaluatieonderzoek is dus uitgevoerd door een andere onderzoeker dan diegene die het praktijkonderzoek en de constructie van het leertraject uitvoerde. Het leertraject is geëvalueerd met behulp van vragenlijsten, learner reports²⁷⁰ en directe waarneming in de hulpverleningspraktijk (participerende observaties). Hoewel het leertraject door de cursisten redelijk goed beoordeeld is, zijn er verschillende kritiekpunten die we in het kader van deze dissertatie opnieuw aan een analyse willen onderwerpen juist omdat ze licht werpen op de wisselwerking tussen competenties en condities in de OGGz. Deze kritiekpunten laten zich als volgt samenvatten:

- Het programma was onvoldoende relevant en te weinig uitdagend voor alle deelnemers.
- In twee van de vier plaatsen moest het programma aangepast worden in verband met spanningen in de teams. Dit roept vragen op: was het programma wel voldoende toegesneden op de verschillende achtergronden en regionale omstandigheden van de cursisten?
- Er werden niet beoogde doelen behaald (verbeteren van de samenwerking) en nevensdoelstellingen (cognitieve flexibiliteit), terwijl een drietal hoofddoelen onvoldoende uit de verf kwamen.

De vraagstelling die ten grondslag aan dit hoofdstuk is de volgende: wat is - gelet op de bovenstaande kritiek - de vorm en inhoud van een leertraject dat professionals in staat stelt om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen in de OGGz? Achtereenvolgens komen aan bod: een korte beschrijving van het leertraject, een analyse van de gebreken

²⁶⁹ Zie Schepers, S.M. *Leertraject OGGz onder de loep*. Doctoraalscriptie, Rijksuniversiteit: Groningen, 2004.

²⁷⁰ De opbrengsten van dit leertraject zijn moeilijk afvraagbaar en niet altijd demonstreerbaar. Voor het beoordelen van competenties die te maken hebben met sociale sensitiviteit, moreel oordelen en handelen, zoals die naar voren zijn gekomen in hoofdstuk vijf, is in dit evaluatieonderzoek gebruik gemaakt van zogenaamde learner reports. Een methode die geïntroduceerd is door De Groot en door Van der Kamp empirisch is vormgegeven in de praktijk. De deelnemers doen in deze learner reports verslag van hun leerervaringen en van hun fundamentele ervaringen. Een ervaring is fundamenteel als zij door de lerende wordt herinnerd en gerapporteerd als belangrijk in de eigen ontwikkeling. Deelnemers memoriseren hun leerervaringen in zo'n verslag en geven zo de docent inzicht in de leereffecten. Zie: Groot, A.D. de. *Begrip van evalueren*. 's-Gravenhage: VUGA Uitgeverij B.V., 1986. En zie: Kamp, M. van der & J. D. Oostwoud Wijdenes. *Op zoek naar leerervaringen met het Learner Report*. In: L van der Kamp & M van der Kamp (Eds.) *Methodologie van onderwijsresearch*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1982

ervan en de implicaties van deze analyse voor een leertraject. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie.

6.2 Het leertraject

Het leertraject OGGz is opgebouwd uit de negen thema's en competenties die in het praktijkonderzoek naar voren kwamen (zie hoofdstuk 5). Deze thema's zijn: marginalisering, contact maken, samenwerken, blijvend in beeld, sociale netwerkstrategieën, motiveren, het zorgcontinuüm, identiteitsontwikkeling, de casemanager als persoon. Er is in het leertraject gewerkt met rollenspelen, demonstraties, onderwijsleergesprekken en verwerkingsopdrachten. Het oefenen met praktijkvoorbeelden nam een belangrijke plaats in. In bijlage 6 is het geëvalueerde leertraject weergegeven en is de wijze waarop praktijk, theorie en houdingsaspecten in het programma zijn verwerkt, te zien. Voordat er een programma werd gemaakt zijn er uit de negen thema's 42 leerdoelen afgeleid die richting gaven aan de inhoudelijke uitwerking van het leertraject. We laten in tabel 6.1 als voorbeeld de leerdoelen zien van één van de negen thema's, de totale set leerdoelen is te zien in bijlage 7.

4	<i>Thema 4 Contact maken</i>	<i>Het vermogen om vanuit de werkelijkheidsbeleving van de cliënt aansluiting te vinden en een relatie op te bouwen.</i>
	▪ De deelnemer kan doordringen in de werkelijkheidsbeleving van de cliënt en kan hierop aansluiten.	
	▪ De deelnemer kan beargumenteren waarom presentie – als het kan - vooraf dient te gaan aan interventie.	
	▪ De deelnemer kan competenties van cliënten benoemen.	
	▪ De deelnemer kan uitleggen waarom trouw en volharding belangrijk zijn bij de zorg voor OGGz-clienten.	
	▪ De deelnemer kan de eigen vermogens om contact te maken onder woorden brengen en uitbuiten in een hulpverleningssituatie.	
	▪ De deelnemer kan reflecteren op leerpunten die nodig zijn om zich een actieve houding eigen te maken.	

Tabel 6.1 uit bijlage 5. De competentie en vaardigheden uit thema 4 'contact maken'.

De deelnemers waren zonder uitzondering volwassen professionals die beschikken over ruime beroepservaring. In het praktijkonderzoek is naar voren gekomen hoe stilzwijgende kennis een grote rol speelt in het handelen van professionals. Aansluiten op en aanspreken van stilzwijgende kennis, en gelegenheid geven om hierop te reflecteren, werd vanaf de start

van het ontwerpproces gezien als een belangrijk uitgangspunt van het leertraject. Daarentegen moest het leertraject een zekere uniformiteit houden in verband met de onderzoeksopzet van de evaluatie. We gaan hier nu iets verder op in.

Het leertraject is op vier verschillende plaatsen in Nederland onderworpen aan een programma-evaluatie. Deze vier deelnemende teams waren het zorgnetwerk Hoogezand-Sappemeer, het OGGz-team uit Groningen, het maatschappelijk werk en de maatschappelijke opvang uit de Friese Wouden en het Breed Bemoeizorg Project uit Leiden. Het leertraject bestond uit een vijftal cursusdagen en een vijftal intervisiebijeenkomsten. De deelnemers aan het leertraject waren afkomstig van verschillende instellingen als: GGz, maatschappelijk werk, maatschappelijke opvang, politie, verslavingszorg, woningbouw, en hebben bovendien een verschillende opleidingsachtergrond. Er hebben samen 46 cursisten deelgenomen aan het leertraject. De teams waren zowel afkomstig uit een stedelijke omgeving als een plattelands omgeving.

Het leertraject is opgebouwd uit onderdelen die afhankelijk van de beginsituatie van de deelnemers kon worden aangepast. De feitelijke inhoud van het leertraject werd door onderhandeling en in overleg met de deelnemers bepaald met behulp van een vragenlijst. In het curriculumontwerp wordt doorgaans onderscheid gemaakt tussen vier ontwerpbenaderingen: de instrumentele benadering; de communicatieve benadering, de pragmatische of prototypische benadering en de artistieke benadering²⁷¹. In de constructie van het leertraject dat onderwerp is van deze dissertatie, is gebruik gemaakt van de pragmatische of prototype benadering. In een pragmatische of prototype benadering is sprake van onderhandeling. Er is een prototype leertraject ontwikkeld dat aangepast kon worden aan de behoefte van de deelnemers. Dit kon echter maar binnen een bepaalde bandbreedte. De individuele leerbehoeften moesten afgestemd worden op de leerbehoefte van de andere deelnemers en moest uiteindelijk passen in de doelstelling van het leertraject. De doelstelling om de deelnemer alert te maken op de achtergronden van zorgvermijding en zorgverlamming was bijvoorbeeld niet onderhandelbaar. De nadruk die in het leertraject lag op iteratieve processen, de grote inbreng van de deelnemers, het onderhandelen over de precieze invulling van het programma en de nadruk op formatieve evaluatie, wijst op deze pragmatische of prototype benadering.

²⁷¹ Visscher-Voerman, J.I.A. *Design Approaches in Training and Education: A reconstructive study*. Doctoral dissertation, University of Twente: Enschede, 1999

We gaan nu eerst de uitkomsten van het onderzoek van Schepers beschrijven en onderwerpen aan een analyse met behulp van Giddens' structuratietheorie en Baart's theorie van de presentie.

6.3 De evaluatie van het leertraject

6.3.1 Geringe relevantie

De relevantie verwijst naar de leerbehoefte van de deelnemers. De cursisten konden de relevantie van de negen thema's en de 42 leerdoelen beoordelen met een vijfpuntschaal, waarbij 1 stond voor *onnodig*, 2 voor *hoeft niet*, 3 voor *mag wel*, 4 voor *aanbevolen* en 5 voor *vereist*. De uitkomsten heeft Schepers gesommeerd en terugberekend naar een range van 1 tot 5.

	THEMA'S	N= aantal items	GEMIDDELDE*	STANDAARD- DEVIATIES**	ALPHA
1	Achtergronden van kwetsbaarheid en marginalisering	5	2,7	0,76	.72
2	Samenwerken	5	3,6	0,83	.81
3	Blijvend in beeld	5	3,6	0,67	.82
4	Contact maken	7	2,6	0,90	.87
5	Motiverende benadering	4	3,4	0,82	.75
6	Identiteitsontwikkeling	5	3,3	0,95	.80
7	Sociale netwerkstrategieën	4	2,6	0,86	.80
8	Het zorgcontinuüm	3	3,2	1,06	.79
9	De casemanager als persoon	3	3,6	0,87	.81
	Totaal	42	3,2	0,60	.88

Tabel 6.2: De leerbehoefte Uit: Schepers 2004

* afgerond op één decimaal

** afgerond op

twee decimalen

Uit tabel 6.2 valt op te maken dat het gemiddelde van alle thema's samen 3,2 is. Dit is een score tussen 'mag wel' en 'aanbevolen'. De respondenten hadden behoefte aan alle thema's, maar niet erg veel. Er is de meeste behoefte aan de thema's 'samenwerken' en 'de casemanager als persoon'. Hiervoor wordt gemiddeld een 3,6 gegeven. De minste behoefte is

er aan de thema's 'contact maken' en 'sociale netwerkstrategieën'. De respondenten geven dit thema gemiddeld een 2,6 (tussen 'hoeft niet' en 'mag wel' in). Dit is opmerkelijk omdat dit onderdeel van het leertraject een prominente plaats inneemt in het geheel. Zien de deelnemers bij aanvang het belang er niet van in? Of beschikken de deelnemers al over deze vaardigheden? We komen op deze vragen terug bij de bespreking van de leereffecten. Er is geen enkel thema dat scoort boven de 4. Het animo voor het leertraject is dus niet erg groot. De deelnemers lijken, ondanks dat ze zelf, binnen een bepaalde bandbreedte, een stem hebben gehad in de opbouw van het leertraject, behoefte te hebben aan een andere leerinhoud.

Dat er behoefte was aan een andere inhoud werd ook zichtbaar in de feitelijke gang van zaken in de twee teams uit Leiden en Groningen. In beide leertrajecten waren spanningen, zodanig dat er tijd ingeruimd moest worden voor teamvormende activiteiten. De behoefte aan teamvorming die naar voren kwam was bij het opstellen van het leertraject niet voorzien. We komen hier op terug in paragraaf 6.4.

Ondanks de geringe scores op relevantie laten de hulp- en dienstverleners zich positief uit over het leertraject. Geen enkele deelnemer heeft een negatief beeld van het leertraject als geheel. Suggesties om het leertraject te verbeteren kunnen nauwelijks aan de deelnemers worden onthuld. Wellicht kan de tevredenheid over het leertraject mede verklaard worden door het feit dat het leertraject in sommige opzichten een soort lotgenotencontact was voor professionals die met één been in een wereld werken, gekenmerkt door continue veranderingsprocessen en met het andere in een wereld waar continuïteit en verkokering een rol speelt.

6.3.2 Geringe leereffecten

Met behulp van een eindvragenlijst werd achterhaald wat de deelnemers geleerd hebben van het leertraject. Opnieuw worden de gemiddelden en de standaarddeviatie van de negen thema's bekeken van alle respondenten. Er waren in deze eindvragenlijst drie antwoordcategorieën: (1) 'Wist ik vooraf het leertraject al' , (2) 'Heb ik enigszins van gehoord, maar het exacte geleerd door het leertraject' en (3) 'Heb ik geleerd door het leertraject'. Een score boven de 1,5 is een indicatie dat de deelnemers geleerd hebben.

	THEMA'S	N	GEMIDDELDE*	STANDAARD- DEVIATIE**	ALPHA
1	Achtergronden van kwetsbaarheid en marginalisering	5	2,0	0,49	.72
2	Samenwerken	5	2,1	0,57	.72
3	Casemanagement	5	2,3	0,57	.80
4	Contact maken	7	1,8	0,41	.88
5	Motiverende benadering	4	2,0	0,51	.80
6	Identiteitsontwikkeling	5	2,3	0,96	.71
7	Sociale netwerkstrategieën	4	1,7	0,61	.79
8	Het zorgcontinuüm	3	2,0	0,66	.86
9	De casemanager als persoon	3	2,2	0,54	.83
	Totaal	42	2,1	0,41	.86

Tabel 6.3: De leereffecten. Uit: Schepers 2004.

* afgerond op één decimaal

** afgerond op twee decimalen

Uit tabel 6.3 is af te lezen dat het gemiddelde van alle thema's samen 2,1 is. Het leereffect van alle thema's gemiddeld zit tussen 'heb ik enigszins van gehoord, maar het exacte geleerd door het leertraject' en 'heb ik geleerd door het leertraject' in. Bij alle negen thema's is de standaarddeviatie kleiner dan één. De deelnemers kennen vrijwel dezelfde leereffecten toe aan de thema's. De deelnemers hebben het meest geleerd van het thema over identiteitsontwikkeling. Ze scoren hier gemiddeld een 2,3. Ze hebben het minst geleerd van het thema sociale netwerkstrategieën. De respondenten geven dit thema gemiddeld een 1,7. Dit houdt in dat zij scoren tussen 'wist ik vooraf het leertraject al' en 'heb ik enigszins van gehoord, maar het exacte geleerd door het leertraject'. Er is geen enkel thema dat een drie scoort, wat staat voor 'Heb ik geleerd door het leertraject'. Ook deze geringe leereffecten kunnen gezien worden als een aanwijzing dat het leertraject niet goed aansloot bij de voorkennis van de deelnemers.

Ondanks de geringe leereffecten waardeerden de deelnemers de begripsvorming en de reflectie op de eigen praktijk die door het leertraject mogelijk gemaakt werden wel. Aan methoden die in de dagelijkse hulpverleningspraktijk gebruikt worden zijn door middel van theorie namen toegekend. Uit de learner reports valt op te maken dat het leertraject

geholpen heeft om ‘nabij en betrokken met cliënten om te gaan. Uit bijzinnen in de learner reports valt evenwel ook op te maken dat de deelnemers al beschikten over deze eigenschappen, en dat ze door het leertraject gesterkt werden om hier voor uit te komen of dat ze leerden deze competentie te articuleren. Deze leereffecten kunnen getypeerd worden als horizontale transfer²⁷². Dat geldt ook voor leereffecten als ‘er zijn’, ‘ongehaast zijn’, ‘doordringen in iemands belevingswereld’, ‘doorzettingsvermogen’, ‘geduld’, ‘volharding’ en ‘trouw’. De deelnemers hadden deze eigenschap al of stonden er voor open. Het lijkt erop dat de motivationele disposities van het merendeel van de deelnemers gunstig waren voor de transfer van kennis, maar dat er sprake was van een geringe afstand tussen de bestaande kennis en de nieuwe kennis. De deelnemers maakten kennis met ideeën en inzichten die dicht tegen hun eigen opvattingen en voorkeuren aanlagen en waardeerden de begripsvorming die het leertraject met zich meebracht. Het leertraject stelde hen in staat om te reflecteren op hun bestaande inzichten en ze kregen de kans zich nieuwe begrippen toe te eigenen voor opvattingen en voorkeuren. De uitkomsten van het leertraject zijn met andere woorden een aanvulling op bestaande vakkennis, morele oriëntatie en op een bestaande identiteit.

In de learner reports en in de observaties zijn verder aanwijzingen te vinden dat een aantal deelnemers heeft geleerd om minder vast te houden aan regels en procedures en dat ze meer over de grenzen van de eigen instelling heen zijn gaan kijken. Dit leereffect kan getypeerd worden als generieke transfer (de winst zit hem in de toename van cognitieve flexibiliteit)²⁷³.

Uit de participerende observaties die 3 tot 5 maanden na de het leertraject zijn uitgevoerd valt op dat ex-deelnemers de vaardigheden die horen bij de onderdelen ‘blijvend in beeld’, ‘sociale netwerkstrategieën’ en ‘identiteitsontwikkeling’ wel toepasten, maar niet systematisch. Dit geldt ook voor ‘het vergroten van discrepantie’, een onderdeel van de motivationele benadering. Dit roept vragen op. Worden OGGz-clieënten al doorgeleid naar instellingen voordat het tot dit type interventies komt? Zijn de hulpverleners toch teveel geneigd om de cliënt te zien als zelfredzaam? Of schiet het leertraject op dit punt tekort?

²⁷² Haskell, R. E., *Transfer of Learning: Cognition, Instruction, and Reasoning*. London: Academic Press, p 23 2001

²⁷³ Macaulay C., Transfer of learning, In: Cree, V.E. & C. Macaulay, *Transfer of learning in professional and vocational education*, London: Routledge, p 15, 2000 Zie ook: Hoeven-van Doornum, van der, A.A. & P.R.J. Simons, *Transfervermogen en instructie*, Instituut voor toegepaste Sociale Wetenschappen (ITS) Stichting Katholieke Universiteit Nijmegen, 1994. Zie verder: Thijssen, J.G.L. & M.D.den Ouden, *Betekenis en werking van transfer*. In: J.J. Peters, Gids voor de opleidingspraktijk, Deventer: Van Loghum Slaterus, afl. 7, 1990

Om met dit laatste te beginnen. Het kan inderdaad zijn dat deze onderdelen meer oefening vragen en dat een leertraject van vijf cursusdagen en vijf terugkombijeenkomsten hiervoor tekort is. Een andere verklaring is dat het systematisch uitvragen van een kalenderjaar of een sociaal netwerk, of het uitvragen van overlevingsstrategieën, zich moeilijk laat combineren met een beroepsrol waarin men 'low profile' werkt aan het winnen van vertrouwen. De hulpverleners moeten als het ware een *volgende* en een *bepalende* opstelling afwisselen. Een volgende opstelling lijkt de meeste ex-deelnemers goed af te gaan, maar een zelfbewuste opstelling waarin de hulpverlener zichzelf poneert en overgaat tot het uitvragen van allerlei aspecten zoals het verloop van een kalenderjaar, de sociale steun, de discrepantie tussen het huidige leven en beoogde leven, lijkt hen minder goed te passen. Bij dit punt gaat het erom dat je als hulpverlener *bepaalt* wanneer je volgt of bepaalt (want als volgen een besluit is, ben je aan het bepalen). Het lijkt er op dat twee agenda's zich in dit hectische werk moeilijk laten verenigen: enerzijds het winnen van vertrouwen en anderzijds het omschakelen naar ontwikkelingsgerichte werken. We vermoeden echter dat er nog andere verklaringen zijn voor het gebrek aan ontwikkelingsgericht werken. Deze vermoedens houden verband met dieperliggende ambivalenties in het werkveld. Ambivalenties die ook terug kwamen in het veldonderzoek en beschreven zijn in het vorige hoofdstuk. We gaan hier in paragraaf 6.4 dieper op in.

Tot zover het onderzoek van Schepers. Het onderzoek laat zien dat de nevendoelstellingen (cognitieve flexibiliteit), of de niet beoogde doelstellingen (verbeteren van de samenwerking), de meest in het oog springende effecten van het leertraject zijn. Verbetering van de samenwerking tussen professionals en instellingen is een belangrijke uitkomst van het leertraject, ook voor de twee teams waar verbetering van de samenwerking geen expliciet onderdeel uitmaakte van het programma. Het leertraject bood de mogelijkheid om ervaringen uit te wisselen en zo meer inzicht te krijgen in elkaars werkveld. De leereffecten hebben al met al meer betrekking op het terugdringen van zorgverlamming (verbeteren van de onderlinge samenwerking) dan op zorgvermijding (de deelnemers konden al contact maken en vertrouwen winnen en het systematische werken aan voortekenen van terugval, steun en identiteitsontwikkeling komt onvoldoende uit de verf).

Voordat we de vraagstelling van dit hoofdstuk kunnen beantwoorden is het noodzakelijk om de drie gebreken aan het leertraject eerst beter te analyseren: (1) de geringe relevantie van het aangeboden leertraject en de levendige behoefte aan teamvorming, (2) de geringe leereffecten, met name de niet behaalde doelstellingen op het gebied van het

ontwikkelingsgerichte werken en de samenhang tussen deze tekorten en condities in het werkveld en (3) de gebrekkige aansluiting van het leertraject bij de beginsituatie en lokale omstandigheden van cursisten. We beginnen met het laatste.

6.3.3 Gebrekkige aansluiting

In paragraaf 6.2 hebben we naar voren gebracht dat het leertraject zoals dat in vier plaatsen in Nederland is uitgetoetst, bestond uit een set thema's, leerdoelen en een verzameling leeractiviteiten. De cursisten konden met behulp van een beginvragenlijst de thema's beoordelen op relevantie. Door de relevantie te bepalen werd er een nulmeting in de groep gedaan (voor het onderzoek) en werden er door de cursisten tegelijkertijd prioriteiten gegeven aan de verschillende onderdelen (voor het onderwijsprogramma). Op basis van onderhandeling werden vervolgens in de groep de verschillende prioriteiten in het programma vastgesteld, kiezen binnen een vooraf bepaalde bandbreedte dus. De lauwe beoordeling van de relevantie (mag wel) en de geringe leereffecten van de doelen die geprogrammeerd waren wijzen erop dat het programma onvoldoende aansloot bij de beginsituatie van de cursisten. Dat het programma toch redelijk beoordeeld werd kan verklaard worden doordat de trainers bereid waren om van het programma af te wijken en ruimte te maken voor zaken als teamvorming, en omdat het programma gelegenheid gaf om elkaar beter te leren kennen, mogelijkheden bood voor begripsvorming en ruimte bood om persoonlijke kwaliteiten te articuleren.

Baart²⁷⁴ wijst er op dat cliënten in de dienstverlening van mensgerichte beroepen geen consumenten zijn maar medeproducenten. Het doel, de opzet en de inhoud van de dienstverlening staat in zijn ogen niet van tevoren vast maar moet ontdekt worden. De zoektocht in zichzelf zou volgens Baart ook waarde hebben. Door anderen gedefinieerde doelen onteigenen bovendien de eigen leerbehoefte en maken in de woorden van Baart 'essentiële vragen en verlangens zoek'. Deze redenering is toegesneden op de dienstverlening aan cliënten in mensgerichte beroepen maar kan ook toegepast worden op het opleiden van professionals en dus ook op het leertraject dat onderwerp is van dit hoofdstuk. De cursisten werden geconfronteerd met vooraf en door anderen bepaalde leerdoelen, er was weliswaar ruimte voor prioriteiten en onderhandeling, maar binnen een bepaalde bandbreedte. Het programma was het vertrekpunt, van een open verkenning van leerbehoeften was nauwelijks sprake. De persoonlijke ambities en regionale omstandigheden konden maar beperkt doorklinken in de oorspronkelijke opzet. De opstellers van het

²⁷⁴ Baart: 2001. Zie hoofdstuk 7, p819 e.v.

leertraject stapten in een valkuil: het agenderen van leerdoelstellingen belemmerde het formuleren van de eigen ambities. Het leertraject produceerde daarmee stilzwijgend een traditionele verhouding leerling-leraar. Zwart-wit gesteld: terwijl persoonlijke eigenschappen als zelfsturing en cognitieve flexibiliteit belangrijk zijn voor de OGGz, werd volgzzaamheid uitgelokt.

De redenering van Baart volgend kan gesteld worden dat dit prototypische leertraject OGGz op het continuüm tussen een blauwdruk en een zoektocht, teveel overhelde naar een blauwdruk. De essentie van de werkwijze om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen kan gekarakteriseerd worden als het 'aansluiten bij cliëntsystemen'. Er kunnen nog andere redenen gegeven worden voor het tot stand brengen van congruentie tussen het aansluiten bij cliënten als wel het aansluiten met een leertraject bij cursisten. We gaan daar nu kort op in.

De vorige drie hoofdstukken maken aannemelijk dat reflecties op de eigen identiteit, op morele oriëntaties, op de tweede natuur vruchtbaar kan zijn. Illeris²⁷⁵ laat zien dat leren een sterke innerlijke behoefte is die genetisch verankerd is, hij spreekt zelfs van een libidinaal gedreven psychische energie (p45 e.v.). De 46 deelnemers aan het leertraject waren zonder uitzonderling (jong) volwassenen. In het onderzoeksgebied dat bekend staat als 'adult education' bestaat al veel langer belangstelling voor het probleem van aansluiting zoeken bij beginsituaties en leerstijlen van volwassenen, terwijl leerprogramma's om allerlei redenen een in zekere mate van eenvormigheid kennen (economische redenen, om onderzoek mogelijk te maken e.d.)²⁷⁶. In het volwassen leven staat leren in het teken van het realiseren van levensdoelen. Illeris ziet net als Giddens identiteitsvorming als een sterke innerlijke drive om te leren. Het aanspreken, gebruiken en voortbouwen op deze sterke innerlijke energie ziet hij als noodzakelijk voor het onderwijs aan volwassenen (p221 e.v.). Voorstelbaar is dat het omgekeerde, het ongebruikt laten van deze sterke energiebron, leidt tot spanningen, tot situaties waarin leerlingengedrag wordt uitgelokt en waar een traditionele verhouding leerling-leraar verhouding wordt gereproduceerd.

Het ligt voor de hand om in een nieuwe opzet voor een leertraject OGGz de sterke punten van het geëvalueerde programma - ruimte bieden voor begripsvorming en teamvorming - te radicaliseren. Dit kan door te kiezen voor een open opzet waarin de eerste bijeenkomst

²⁷⁵ Illeris, K. *Three Dimensions of Learning. Contemporary learning theory in the tension field between the cognitive, the emotional and the social*. Kluwer Academic Publishers, 2004

²⁷⁶ Zie deel twee (p49 e.v.) in: Maehl, W.H. *Lifelong Learning at its Best. Innovative Practices in Adult Credit Programs*. Jossey-Bass Publ.: San Francisco, 2000

wordt besteed aan een inventarisatie van individuele leerbehoeften en de wijze waarop deze individuele behoeften afgestemd kunnen worden op de leerbehoeften van de andere deelnemers. Zo kunnen de deelnemers coproducten worden van het leertraject. Het ligt ook voor de hand om, meer dan in het geëvalueerde programma, gelegenheid te bieden om te reflecteren op de eigen identiteit, op morele oriëntaties en op de tweede natuur. Op deze manier wordt er beter aangesloten en voortgebouwd op de innerlijke drive die het leren van volwassenen typeert.

Wordt het voorgestelde leertraject dan niet teveel 'u vraagt, wij draaien'; een programma waarbij de inbreng van de docent achter de horizon verdwijnt? Komt de docent met een lege rugzak? Inderdaad zullen de leerbehoeften van de deelnemers vertrekpunt worden, maar een 'afwezige docent' is moeilijk voorstelbaar. Docenten stellen openingsvragen, geven structuur aan de bijeenkomst, nodigen deelnemers uit om iets te zeggen of vragen te beantwoorden en zijn daarmee sterk bepalend aanwezig. Maar is de docent dan niet meer dan een soort gespreksleider? Ook dat is moeilijk voorstelbaar. In de eerste bijeenkomst van een beoogd programma komen deelnemers en docent in een ruimte samen. Rond een open agenda maken de deelnemers meteen kennis met de tweede natuur van de docent. De tweede naturen van alle deelnemers aan deze sociale situatie zijn, zonder dat de personen zich daarvan bewust zijn, al bezig om inschattingen te maken en doelen te stellen. De kennismaking met de subtiele kwaliteiten van de docent: hoe hij/zij kijkt, zit, lacht, loopt, waar hij/zij accenten legt, het culturele kapitaal dat hij/zij vertegenwoordigt, de vragen die voorrang krijgen, de details die belicht worden of niet, zijn onontkoombaar aanwezig in die eerste bijeenkomst. We leggen het vraagstuk van een open en flexibele opzet van het leertraject en de positie van de docent nog verder bloot door kort terug te keren naar Baart's presentietheorie²⁷⁷. Het contact maken en doordringen in de belevingswereld, in dit geval niet van cliënten maar van de deelnemers aan de eerste bijeenkomst, demonstreert meteen indringend wat de essentie is van de voorgestelde werkwijze en het leertraject: namelijk aansluiten. Niet door te vertellen, maar door te *doen*. In deel drie van zijn boek ontvouwt Baart het begrip 'exposure'. Exposure - zich blootstellen aan - gaat aan presentie vooraf. Exposure verwijst naar het vermogen om zich onder te dompelen in een vreemde wereld en deze van binnenuit te leren kennen. De exposure waar Baart het in zijn boek over heeft, kan ook toegepast op de docentenrol: het ondergaan en verduren van de onzekerheid die kleeft aan een situatie waar de docent niet meteen beschikt over een kant-en-klaar programma. De

²⁷⁷ Baart: 2001; p209-234.

openheid en de kwetsbaarheid die daarmee als cultuurgoed wordt overgedragen communiceert onmiskenbaar de bedoelingen van het beoogde leertraject; aansluiten en contact maken. De docent in de eerste bijeenkomst hoort eerst waar de deelnemers zitten (figuurlijk, red.), wat ze willen en informeert naar lokale omstandigheden. De docent perst de verschillende leerbehoeften in de groep niet meteen samen tot een consensus, maar kan dit (even) verduren en maakt de groep medeverantwoordelijk voor een leertraject waarin ieder individu tot zijn recht komt. Aansluiten is dus niet hetzelfde als 'u vraagt, wij draaien'. Het agendeert op indringende wijze de essentie van het beoogde leertraject. In dit beoogde leertraject is leren *doen*.

Tot slot, als de docent waarneemt dat er condities of (deficiënties in) competenties zijn die het vertrouwen en initiatief (de keerzijde van zorgvermijding en zorgverlamming) in de OGGz praktijk belemmeren, dan kan hij of zij de persoon of de groep een spiegel voorhouden. Aansluiten wil niet zeggen 'anything goes'. De docent kan vragen stellen over competenties die zich moeilijk laten verenigen met dit werk, bijvoorbeeld een morele oriëntatie 'eigen schuld dikke bult'; hij of zij kan kennis- en vaardigheidstekorten signaleren en agenderen. Deze vragen kunnen ook betrekking hebben op de lokale condities. Kent men het eigen werkgebied van binnenuit? Hoe is de relatie met lokale bevolking (wijkagenten, buurtconciërges e.d.); hoeveel breukvlakken zijn acceptabel tussen signaleren en hulpverlening? Hoe is de relatie met de voorzieningen? Hoe kun je een vrijplaats creëren zonder je te isoleren van de voorzieningen en de bevolking? De docent is dus geen blanco figuur. Baart volgend stelt de docent deze vragen vanuit acceptatie, nadat eerst geprobeerd is om van binnenuit te zien hoe de deelnemers aankijken tegen de eigen competenties en condities.

6.3.4 Deficiënties in het ontwikkelingsgericht werken

In het evaluatieonderzoek van het leertraject komen deficiënties naar voren in het ontwikkelingsgericht werken. In de participerende observaties die in het kader van het evaluatieonderzoek zijn ondernomen valt op dat ex-deelnemers de vaardigheden die horen bij de onderdelen 'blijvend in beeld', 'sociale netwerkstrategieën' en 'identiteitsontwikkeling' wel toepasten, maar niet systematisch. Dit geldt ook voor 'het vergroten van discrepantie', een onderdeel van de motivationele benadering. Vrijwel dezelfde deficiënties als in het evaluatieonderzoek kwamen ook naar voren in het veldonderzoek. In hoofdstuk vijf wordt dit verklaard door het vollopen van de caseload van hulpverleners en de moeizame doorgeleiding van OGGz-cliënten naar andere voorzieningen. Hiermee hangt de vraag

samen: *welke* hulpverleners gaan de voortekenen van terugval signaleren en cliënten in beeld houden, gaan sociale netwerken versterken en gaan werken aan omgevingsbesef en het versterken van identiteiten van OGGz-cliënten? Zijn dat hulpverleners uit lokale zorgnetwerken in de OGGz of zijn dat hulpverleners die werken bij voorzieningen als de GGz, de verslavingszorg, het maatschappelijk werk of de maatschappelijk opvang? Met anderen woorden, zijn dit wel relevante onderdelen voor een leertraject OGGz?

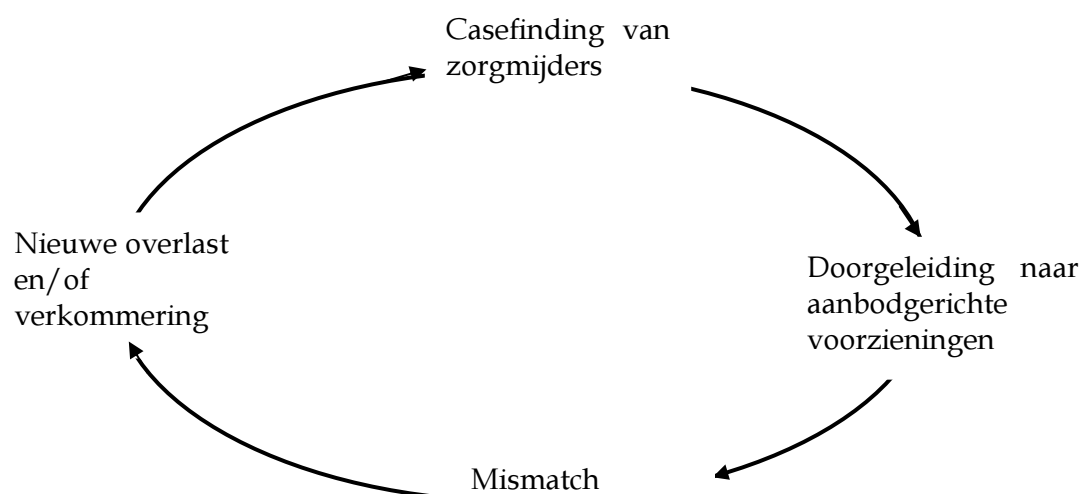
De hulpverleners van het Vangnet & advies in Groningen gaven in interviews weliswaar aan dat deze onderdelen belangrijk zijn, maar de omvangrijke caseload maakte dat crisissituaties en nieuwe aanmeldingen voorrang kregen boven ontwikkelingsgerichte activiteiten. Het team van Vangnet & advies holde achter nieuwe aanmeldingen aan en wist de bestaande voorzieningen niet te verlokken om aan het werk te gaan met ontwikkelingsgerichte activiteiten. Zelf hadden ze er geen tijd voor. Zo ontstond er in deze praktijk een discrepantie tussen leer en leven. Als verklaring voor het vollopen van de caseload van de vijf hulpverleners en de moeizame doorgeleiding van cliënten naar achterliggende voorzieningen werd in hoofdstuk 5 naar voren gebracht dat de praktijk teveel een vrijplaats was geworden waar de aansluiting met andere voorzieningen onder druk was komen te staan. De medewerking van voorzieningen kwam ondanks een goed persoonlijk netwerk onvoldoende van de grond. In dit hoofdstuk wordt als verklaring voor de deficiënties in het ontwikkelingsgericht werken naar voren gebracht dat het combineren van een *volgende* en *bepalende* opstelling in het werk kennelijk moeilijk is. Het winnen van vertrouwen zou een 'low profile' opstelling vragen en het systematisch uitvragen van een kalenderjaar of een sociaal netwerk, of het uitvragen van overlevingsstrategieën, of het vergroten van discrepantie, zou juist vragen om een directieve opstelling. In dit hectische werk zouden deze twee agenda's zich moeilijk laten verenigen: enerzijds het winnen van vertrouwen en anderzijds het omschakelen naar ontwikkelingsgericht werken. Er zijn evenwel nog andere verklaringen denkbaar. Verklaringen waarin de geconstateerde deficiënties in het ontwikkelingsgericht werken in verband gebracht wordt met een algehele ambivalentie over de missie van de OGGz en de betrokkenheid van voorzieningen daarbij. Daarover nu meer.

Het vollopen van de caseload en de moeizame doorgeleiding van OGGz cliënten naar andere voorzieningen staat niet op zichzelf. In verschillende notities en artikelen o.a. van Wolf e.a. (2003) en Van der Lubbe e.a. (2001)²⁷⁸, worden deze problemen gesignaleerd.

²⁷⁸ Wolf, J., M. Planje & M. Thuijs. Case management voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen.

Handboek verslaving december 2003. Zie ook: Lubbe P van der, J. Wolf, M. Thuijs & D. Olthof. *Trajectmatig werken in de*

Verschillende gemeenten proberen met samenwerkingsafspraken over de inzet van fte's in een zogenaamd frontofficeteam medewerkers van achterliggende voorzieningen (de backoffice), te betrekken bij de zorg. De betrokkenheid van achterliggende voorzieningen blijft echter een probleem. Medewerkers van voorzieningen als de GGZ en de verslavingszorg worden door de komst van de OGGz als het ware gedrongen in de positie die lijkt op die van een tweede lijns instelling: men krijgt gesaneerde problematiek, die past bij de instelling, op geleide van doorverwijzing. De natuurlijke betrokkenheid van maatschappelijke instellingen met de doelgroep, door het zelf signaleren van terugval en door het zelf in beeld houden van blijvend kwetsbare mensen, wordt hierdoor bemoeilijkt. De generatie van het ene systeem (het vangnet) werkt de degeneratie van het andere systeem (de voorzieningen) in de hand. De voorzieningen gaan er nog teveel vanuit dat cliënten zelfredzaam of gemotiveerd zijn en zijn nog te weinig op outreach gericht, of gaan er vanuit dat het frontofficeteam de cliënten in beeld houdt²⁷⁹. Hierdoor ontstaat een vicieuze cirkel die als volgt kan worden gevisualiseerd:



Afbeelding 6.4: Mismatch tussen cliënt en voorzieningen.

Naast een moeizame doorgeleiding van OGGz cliënten naar voorzieningen lijken de voorzieningen onvoldoende geëquipeerd om zich systematisch en structureel met de OGGz doelgroep te bemoeien. Waar het in de zorg voor verstandelijk en somatische gehandicapten algemeen geaccepteerd is dat mensen een leven lang zorg ontvangen, komt de continuïteit

Verslavingszorg: een eerste verkenning. Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid / Trimbos-instituut/ GGZ-Nederland, 2001.

²⁷⁹ Polstra & Schout: 2005

van zorg voor mensen met psychische en maatschappelijke handicaps moeizaam en met haperingen tot stand. Gelet hierop ligt het voor de hand om niet alleen medewerkers van lokale zorgnetwerken met scholing alert te maken op zorgvermijding en zorgverlamming, maar ook medewerkers van achterliggende voorzieningen.

Het werken aan ontwikkelingsgerichte doelstellingen met mensen die steeds weer opnieuw in anomische processen verzeild raken blijkt lastig. Bij de keten van signaleren, aanmelden, opzoeken, inventariseren, doorverwijzen en het tot stand brengen van langdurige therapeutische relaties zijn verschillende professionals, diensten en voorzieningen betrokken. Deze keten is storingsgevoelig en er ontstaan gemakkelijk breuken. De OGGz speelt zich bovendien af op het grensvlak van voorzieningen als GGZ, verslavingszorg, maatschappelijke opvang, politie en woningbouwcorporaties. Van geen enkele voorziening is de OGGz een kernactiviteit. We zagen bovendien - in de woorden Giddens - dat het initiatief van één de passiviteit van de ander produceert. Initiatief en daadkracht komen in dit werkveld niet gemakkelijk tot stand.

De gemeente die de regie moet voeren op de OGGz kan (vóór de komst van de WMO) de partijen slechts verleiden om hun verantwoordelijkheid te nemen. Het management van de voorzieningen moedigt hulpverleners vaak niet aan om deze bewerkelijke cliënten in zorg te nemen die bovendien hulpvragen hebben die voor een deel buiten het aandachts- en competentiegebied vallen van de eigen instelling. Toch is voorstelbaar dat steun van het management voor het werk in de OGGz, ruimte biedt voor professionals om hun verantwoordelijkheid samen met anderen gestalte te geven. Ook is voorstelbaar dat als gemeenten partijen bij elkaar brengen, een vergaderruimte beschikbaar stellen, (tijdelijk) een beleidsmedewerker beschikbaar stellen voor het leiden van (een aantal) vergaderingen van een lokaal zorgnetwerk, er een kader ontstaat voor gezamenlijke verantwoordelijkheid.

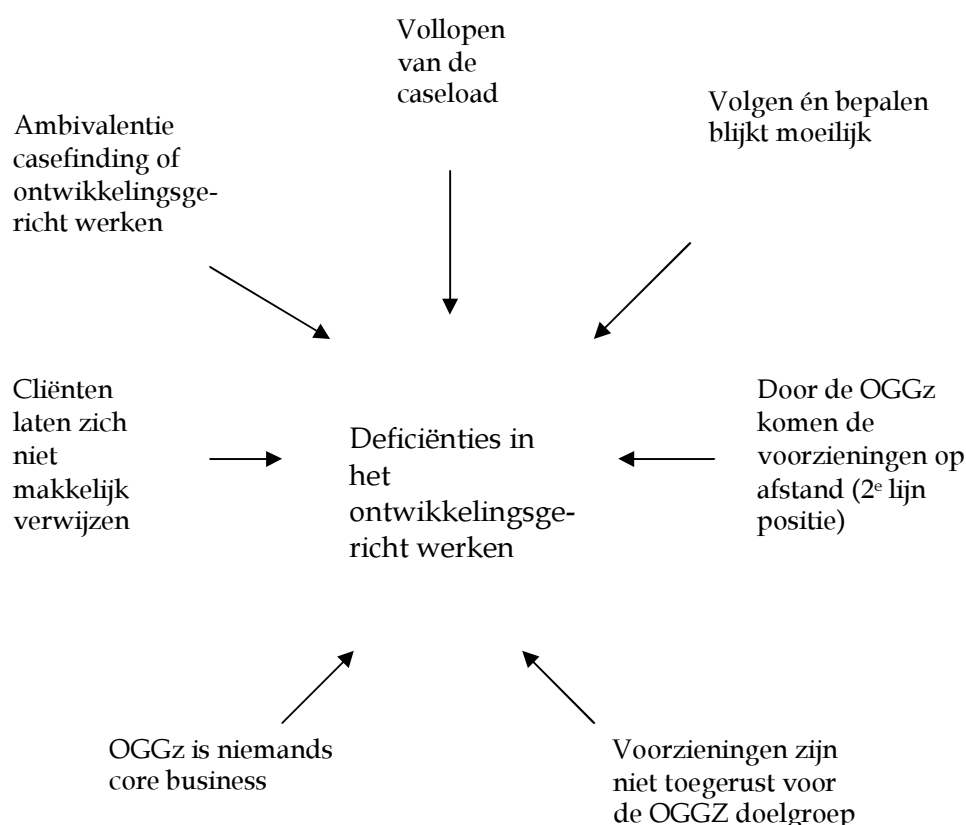
Bij de storingsgevoeligheid van de keten speelt ook een rol dat mensen die in anomische processen verzeild geraakt zijn zich niet zomaar laten verwijzen. In hoofdstuk twee is naar voren gekomen dat deze cliënten snel achterdochtig en overgevoelig worden voor aanwijzingen van opportunisme bij hulpverleners. Een verwijzing versterkt het wantrouwen (zie je wel; ze moeten me niet). Het werk in de OGGz gaat, al met al, gepaard met een inhoudelijke spanning: doorgeleiden of verder vertrouwen winnen. De hulpverleners die gevolgd zijn in het evaluatieonderzoek en het veldonderzoek lijken te worstelen met deze ambivalentie²⁸⁰. Het lijkt er bovendien op dat het systematisch werken aan

²⁸⁰ Ook de minister van VWS signaleert ambivalenties en onduidelijkheden tussen toeleiding en langdurige zorg.

Onder andere met het oog hierop heeft de minister onlangs besloten om de financiering van een aantal activiteiten

ontwikkelingsgerichte doelstellingen wordt bemoeilijkt door deze ambivalentie. Terug naar het leertraject voor de OGGz.

Hoe kunnen al met al de deficiënties in het ontwikkelingsgericht werken verklaard worden en welke implicaties heeft dit voor de vorm en inhoud van het leertraject voor de OGGz? Een complex van ongelijksoortige factoren maakt dat het ontwikkelingsgerichte werken met de OGGz-cliënten moeizaam van de grond komt (zie afbeelding 6.5).



Afbeelding 6.5: Factoren die het ontwikkelingsgerichte werken met OGGz-cliënten bemoeilijken.

Moeten ontwikkelingsgerichte vaardigheden dan wel onderdeel uitmaken van een leertraject als het praktiseren ervan in het werk zelf achterwege blijft? Deze vraag kan niet ondubbelzinnig en voor alle regionale omstandigheden geldend worden beantwoord. In de

naar de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning over te hevelen. Deze zijn: alle AWBZ-activiteiten die ten dienste staan van de toeleidingsfunctie naar de zorg, te weten het signaleren, opsporen, contact leggen én contact houden (bijvoorbeeld door middel van spreekuren), het toeleiden zelf én de ongevraagde nazorg (volgen van cliënten om terugval te voorkomen). Zie beleidsbrief: Kamerstuk 6-6-2005 (DLB 2588802).

hoofdstukken 1 t/m 5 van dit boek zijn volop aanwijzingen te vinden dat doorverwijzingen bij anomische mensen lijden tot een afnemend vertrouwen in instanties. Een leertraject voor de OGGz zou de deelnemers – meer dan in het geëvalueerde programma – de gelegenheid moeten bieden om de ambivalenties in de eigen lokale omstandigheden onder ogen te zien. Dit kan aan de hand van concrete vragen als: hoe is de relatie van het lokale zorgnetwerk met de lokale samenleving, hoe is de samenwerking met de achterliggende voorzieningen en hoe kan toegeleiding in de eigen lokale omstandigheden gecombineerd worden met ontwikkelingsgericht werken. De antwoorden die op deze vragen komen zouden richtinggevend moeten zijn voor al dan niet opnemen van deze vaardigheden in het leertraject.

De opstellers van het leertraject, maar ook de schrijvers van het leerboek ‘Van bemoei- naar groeizorg’ – waaronder schrijver dezes – zijn zich onvoldoende bewust geweest van de ambivalenties die verbonden zijn aan het dilemma; doorverwijzen of verder vertrouwen winnen. In het slothoofdstuk van deze dissertatie komen we terug op dit vraagstuk.

6.3.5 Het produceren van een gedeelde praktijk

In twee van de vier leertrajecten moest het programma aangepast worden om aandacht te besteden aan teamvorming. Een aantal cursisten vond zelfs dat dit ten koste is gegaan van de inhoud van het leertraject. In beide teams deden zich spanningen voor tussen de teamleden die deelnamen aan het leertraject. Met behulp van theorieën over cognitieve afstand worden verklaringen gezocht voor deze uitkomsten en worden hieruit enkele aanbevelingen afgeleid voor toekomstige leertrajecten in de OGGz.

De professionals die deel hebben genomen aan dit leertraject werken bij verschillende maatschappelijke instellingen, hebben een ongelijksoortige opleidingsachtergrond en staan in lokale zorgnetwerken bovendien voor de taak om met elkaar lotsverbetering op gang te brengen voor mensen die de hulp daartoe uit de weg gaan. Het op gang brengen van dit type hulp vereist een grensoverschrijdende samenwerking tussen professionals en instellingen. De uitkomsten van dit onderzoek laten zien dat deze grensoverschrijdende samenwerking in de OGGz echter niet vanzelfsprekend is. Maatschappelijke instellingen, en in het verlengde daarvan professionals, hebben niet de dezelfde perspectieven op de problemen waar OGGz-cliënten mee kampen. Onbegrijpelijk is dit niet. Organisaties kunnen volgens Nooteboom opgevat worden als een focusing device. Hiermee wordt bedoeld dat organisaties cognitieve categorieën gelijkrichten zodat mensen een gemeenschappelijk doel

kunnen bereiken²⁸¹. Medewerkers van staande organisaties²⁸² krijgen geleidelijk gelijksoortige ideeën, voorkeuren en oriëntaties. In een artikel uit 1999 beschrijft McDermott hoe dit in zijn werk gaat. Medewerkers van organisaties werken aan hetzelfde doel, zijn voor het bereiken ervan afhankelijk van elkaar, brengen samen tijd door, delen hetzelfde gebouw, wisselen gemakkelijk ideeën uit en bouwen aan een geschiedenis waarin ze dingen samen doen²⁸³. Geleidelijk aan krijgen medewerkers gelijksoortige ideeën, voorkeuren en oriëntaties. Er ontstaat een zichzelf reproducerende situatie van veiligheid, vertrouwen en een gezamenlijke identiteit. Dit kan echter doorschieten. Nooteboom wijst erop dat een cultuur van vertrouwen en welwillendheid excessief en verstikkend kan worden. Kritiek wordt taboe en het creatieve conflict blijft uit. Er ontstaat groepsdenken, een grotere cohesie en gedeelde illusies over de eigen onkwetsbaarheid die gepaard gaan met collectieve rationalisaties. In termen van MacIntyre, het verlangen om bij een groep te horen wint het van deugden als moed en rechtvaardigheid (om op te komen voor mensen zonder stem en daarmee in te gaan tegen de heersende mores). Staande organisaties met teams waar weinig uitwisseling plaatsvindt zijn vatbaar voor deze naar binnen gerichtheid. McDermott, wijst hier eveneens op en noemt dit 'myopia'; een sterke naar binnen gerichtheid waardoor het vermogen om nieuwe ideeën te ontwikkelen afneemt. Luhmann's 'Selektive nicht Beachtung' uit hoofdstuk twee en Nooteboom's 'focusing device' liggen in het verlengde van McDermott's 'myopia' en bieden alle drie verklaringen voor een afnemende gevoeligheid voor de wereld buiten de eigen organisatie. Deelnemers van lokale zorgnetwerken in de OGGz staan als het ware met één been in een omgeving van continue transformatie (het lokale zorgnetwerk) en met het andere been in een omgeving waar door verregaande differentiatie de verkokering en verstarring op de loer ligt.

Brohm²⁸⁴ wijst er op dat het verschil tussen stilzwijgende kennis van mensen impliceert dat mensen dezelfde situatie heel verschillend zien, beoordelen en waarderen. Als medewerkers van verschillende organisaties in een interorganisationeel netwerk samenwerken, zoals in de OGGz, dan kunnen er gemakkelijk spanningen en wantrouwen ontstaan. De deelnemers aan dit leertraject, maar ook andere leden van lokale zorgnetwerken in de OGGz, bestaan uit

²⁸¹ Nooteboom, B. *Vertrouwen. Vormen, grondslagen, gebruik en gebreken van vertrouwen*. Academic Service: Schoonhoven, 2002

²⁸² Met staande organisaties worden organisaties bedoeld die gekenmerkt worden door een zekere continuïteit in missie, structuur en leiding. Planning en controle zijn in staande organisaties belangrijke begrippen.

²⁸³ McDermott, R. Learning Across Teams. How to build communities of practice in team organizations. *Knowledge Management Review, Issue 8 May/June, p32 – 36, 1999*

²⁸⁴ Brohm, p6, 2005

personen die in verschillende omgevingen hun kennis hebben geconstrueerd en onderling een grotere of kleinere cognitieve afstand tot elkaar hebben. Dit kan een onoverbrugbare kloof worden, waardoor personen elkaar niet begrijpen, te weinig cognitieve categorieën delen. Of in termen van MacIntyre, er zijn conflicterende tradities en nieuwe tradities die getypeerd kunnen worden als een praktijk, zijn nog niet gevormd.

Cognitieve afstand biedt echter ook mogelijkheden om te ontsnappen aan bedrijfsblindheid die ontstaat als er te weinig cognitieve afstand is. Er bestaat zoiets als een optimale cognitieve afstand: groot genoeg om elkaar iets nieuws te vertellen en klein genoeg voor wederzijds begrip. Mensen begrijpen elkaar als ze voldoende cognitieve categorieën delen. Volgens Nooteboom zijn deze cognitieve categorieën echter min of meer stilzwijgend en moeilijk te expliciteren. Wanneer deze cognitieve categorieën stilzwijgend en incongruent zijn, is er een probleem. Gemeenschappelijk cognitieve categorieën moeten dan eerst ontwikkeld worden. Bij het ontwikkelen van dit leertraject was niet voorzien dat teamvorming - het werken aan onderling vertrouwen, het 'gelijkzetten van de klokken' - een zodanig belangrijk onderdeel van het leertraject zou uitmaken. Voor toekomstige leertrajecten in de OGGz, maar ook voor andere leertrajecten waarbij interorganisationale netwerken betrokken zijn, biedt het begrip 'community of practice' van Wenger²⁸⁵ wellicht aanknopingspunten om te komen tot gemeenschappelijk cognitieve categorieën.

Vier begrippen spelen in het werk van Wenger een sleutelrol: betekenis, praktijk, gemeenschap en identiteit. Wenger ziet leren als sociale participatie. Door participatie in sociale praktijken vormen mensen hun identiteit in relatie tot deze gemeenschappen. Dit gebeurt door betekenis te hechten aan wat we doen. Participatie vormt hiermee niet alleen wat we doen, maar ook wie we zijn, hoe we interpreteren en wat we doen. Wenger ziet een Community of Practice (CoP) als

'... groups of people who share a concern or a passion for something they do and who interact regularly to learn how to do it better.'²⁸⁶

Deze definitie is afkomstig van de homepage van Wenger. In deze definitie ligt een doel besloten (... how to do it better). In zijn boek uit 1999 is Wenger echter veel minder expliciet in zijn definiëring van een CoP. Hij betoogt daar onder andere dat we allemaal onderdeel uitmaken van CoP's (p6), thuis, op school of op het werk, en dat deze CoP's een integraal

²⁸⁵ Wenger, E. *Community of practice. Learning, meaning and identity*. Cambridge: University Press, 1998

²⁸⁶ Zie de homepage van Etienne Wenger. <http://www.ewenger.com/theory/index.htm>

deel uitmaken van ons leven (p7). CoP's zijn informeel en zo in alles doorgedrongen, dat de aandacht er zelden expliciet op gericht is. CoP's hebben meestal geen naam en vereisen geen deelnamebewijs (p7). Verderop beschrijft Wenger CoP's als 'praktijken waarin we theorieën en ideeën over hoe we de wereld kunnen begrijpen, delen, ontwikkelen en hierover onderhandelen (p48). CoP's worden bijeengehouden door drie dimensies: een gezamenlijke onderneming, een onderlinge verbintenis en een overeenkomstig repertoire (p73). Met overeenkomstig repertoire bedoelt Wenger dat er overeenkomstige discoursen, stijlen, activiteiten, verhalen, concepten en artefacten ontstaan. Hiermee onderscheidt een CoP zich van een netwerk (men kan, zonder het te weten, deel uitmaken van een netwerk). Een CoP heeft al met al betrekking op een gedeelde praktijk. Het woord 'praktijk' duidt – anders dan bij MacIntyre – op dingen doen: ontwerpen, brainstormen, ruzie maken, afstemmen, delen, ontwikkelen, uitproberen. Het doen neemt als het gaat om het vormen van identiteit een centrale plaats in. Wenger zegt hierover het volgende:

"The concept of practice connotes doing, but not just doing in and of itself. It is doing in a historical and social context that gives structure and meaning to what we do. When I talk about practice, I am talking about social practice.

Such a concept of practice includes both the explicit and the tacit. It includes what is said and what is left unsaid; what is represented and what is assumed. It includes the language, the tools, the documents, the images, the symbols, the well-defined roles, the specified criteria, the codified procedures, the regulations, and the contracts that various practices make explicit for a variety of purposes. But it also includes all the implicit relations, the tacit conventions, the subtle cues, the untold rules of thumb, the recognizable intuitions, the specific perceptions, the well-tuned sensitivities, the embodied understandings, the underlying assumptions, the shared worldviews, which may never be articulated, though they are unmistakable signs of membership in communities of practice and are crucial to the success of their enterprises' (p47).

Het is juist deze fijne afstemming van discursieve en stilzwijgende kennis tussen de deelnemers die bijdraagt aan het ontstaan van gedeelde cognitieve categorieën. En juist deze aanwijzingen lijken van belang voor het ontwerpen van leertrajecten voor professionals die hun kennis hebben geconstrueerd in verschillende omgevingen. Wenger volgend zou een leertraject voor deze professionals bestaan uit de gelegenheid geven tot het produceren van een gedeelde praktijk.

Wenger laat zich niet uit over de normatieve inhoud van de gedeelde praktijk of *welke* betekenis er wordt toegekend aan artefacten. Wat 'goed' is of 'wat het goede leven inhoudt' roert Wenger niet aan. Als er conflicterende tradities in het lokale OGGz netwerk naar voren

komen, waaronder tradities die het verwerven van vertrouwen en initiatief in de weg staan (eigen schuld dikke bult, de goot motiveert, wie niet horen wil moet maar voelen), biedt de moraaltheorie van MacIntyre aanknopingspunten voor de docent. De docent kan informeren naar individuele deugden van de deelnemers, naar de opvattingen over het goede leven van de individuele deelnemers, naar de zorg die zij hun eigen broer of zuster zouden gunnen, naar de mate waarin de feitelijke zorg overeenkomst met de zorg die ze hun broer of zuster zouden gunnen, naar welke tradities nastrevenswaardig worden geacht, naar het amalgaam van tradities en deugden dat ze zelf willen gaan vormen. Het produceren van een gedeelde praktijk gaat bij voorkeur gepaard met het streven naar een goede praktijk.

6.4 Conclusie

We keren terug naar de vraagstelling van dit hoofdstuk: wat is - gelet op de kritiek van Schepers - de vorm en inhoud van een leertraject dat professionals in staat stelt om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen in de OGGz? We behandelen eerst het eerste deel van de vraag, over de inhoud.

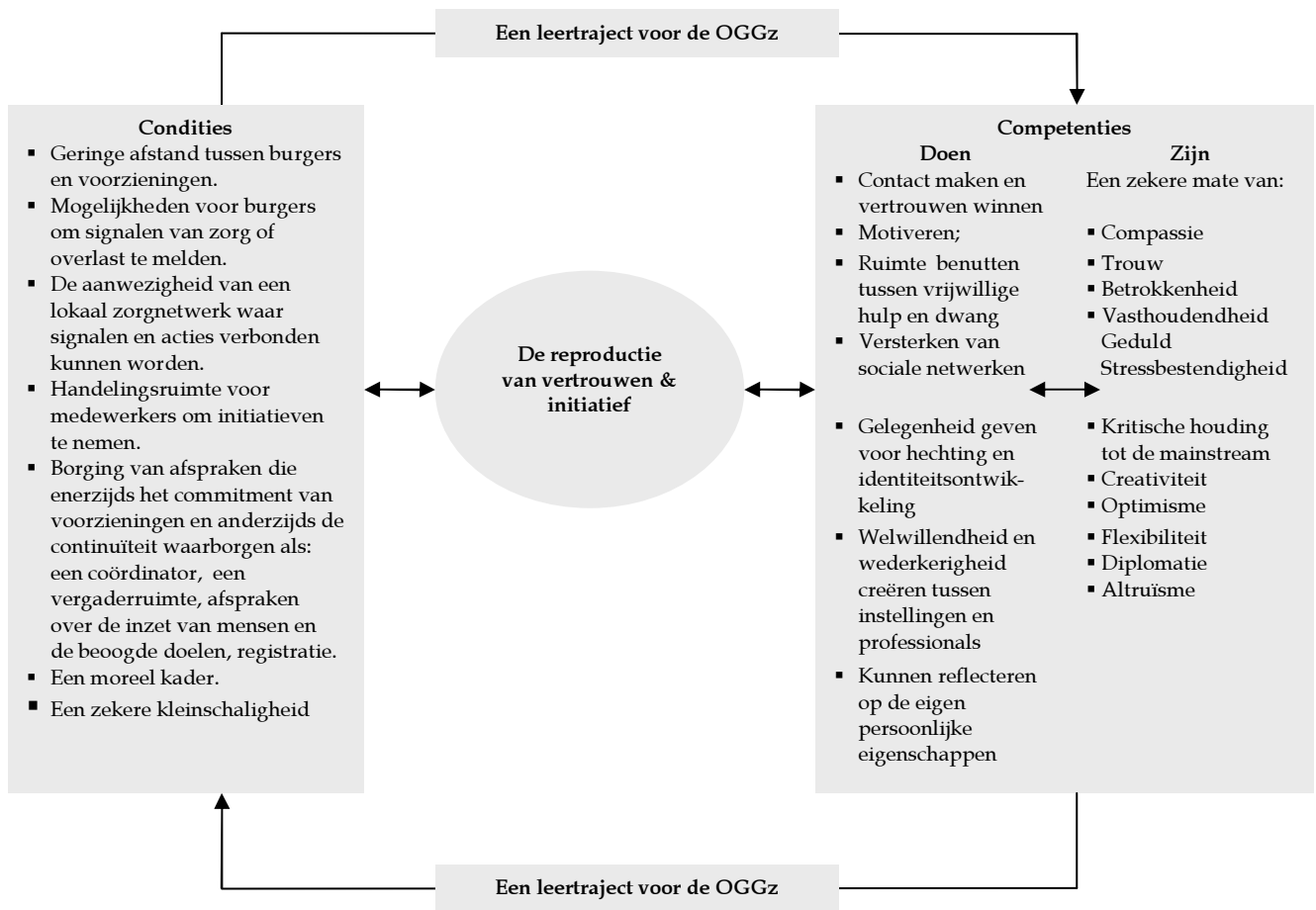
Een leertraject dat professionals voorbereidt op het werken in de OGGz en tegemoet komt aan de kritiek die in het evaluatieonderzoek naar voren kwam, weerspiegelt bovenal de essentie van de werkwijze die in hoofdstuk vijf naar voren is gebracht; namelijk aansluiten. Aansluiten is altijd belangrijk, maar is van bijzondere betekenis in een leertraject voor de OGGz; de deelnemers zijn allemaal volwassenen, de beginsituaties van de deelnemers en de plaatselijke omstandigheden in de OGGz lopen sterk uiteen, aansluiten en contact maken betekent in de OGGz het verschil tussen zorg en zorgvermijding. Het ondergaan en verduren van de onzekerheid die kleeft aan een situatie waar de docent niet meteen beschikt over een kant-en-klaar programma is in veel opzichten vergelijkbaar met de hulpverlener die ook niet precies weet wie de ander is en waar hij of zij de ander mee ter zijde kan staan. De openheid en de kwetsbaarheid die daarmee als cultuurgoed wordt overgedragen demonstreert congruentie tussen de bedoelingen van het leertraject en de beoogde praktijk; aansluiten en contact maken. Met aansluiten bij lokale leerbehoeften wordt bedoeld: het onderzoeken en eventueel verbeteren van de onderlinge samenwerking, de samenwerking met de lokale samenleving, de samenwerking met voorzieningen, en indien nodig het beter combineren van begeleiding met ontwikkelingsgericht werken.

De vorm en inhoud van een leertraject biedt bovendien gelegenheid om te werken aan een optimale cognitieve afstand tussen teamleden; groot genoeg om elkaar iets nieuws te

vertellen en klein genoeg voor wederzijds begrip. Tot slot stelt een leertraject voor de OGGz deelnemers in staat om te reflecteren op hun tweede natuur en op hun persoonlijke eigenschappen die daarvan deel uit maken.

Dan de vorm van het leertraject. In de analyse zijn verschillende aspecten over de vorm naar voren gebracht. Het geëvalueerde leertraject bestond uit een vijftal cursusdagen en een vijftal intervisiebijeenkomsten (bijeenkomsten met kleine groepjes van 2 á 4 personen). In dit leertraject is ruimte gemaakt om visies, werkwijzen en persoonlijke achtergronden van de verschillende deelnemers te bespreken en is er gewerkt met behulp van oefeningen en rollenspellen. Hierdoor hebben de teamleden elkaar beter leren kennen en konden er gedeelde cognitieve categorieën ontstaan. Ook zijn er spanningen en conflicten besproken en is samen met de teams gezocht naar mogelijkheden om de samenwerking te verbeteren. Het geëvalueerde leertraject kan evenwel verbeterd worden door de ideeën van Wenger meer expliciet te gebruiken als middel om te werken aan een optimale cognitieve afstand tussen de leden van zorgnetwerken in de OGGz. Het is de vraag of de cursorische opzet en de intervisiebijeenkomsten met een deel van het team, niet beter ingewisseld kunnen worden voor uitsluitend voltallige bijeenkomsten waarbij het gelegenheid geven voor het produceren van een gedeelde praktijk, de boventoon voert. Dit zou kunnen door, meer dan nu gebeurd is, het feitelijke werk – het bespreken van cases, het maken van plannen, het afstemmen van de hulpverlening, het verdelen van het werk – onderdeel te maken van het leertraject. Aansluitend op het feitelijke werk zou er gelegenheid geboden moeten worden om te reflecteren op achterliggende vooronderstellingen, op deugden, op tradities en op het aanspreken van stilzwijgende kennis, om zo de cognitieve afstand te verkleinen. In termen van Giddens en MacIntyre: het produceren van zowel een *gedeelde* als een *deugdelijke* praktijk.

Het programma zou uitgesmeerd moeten worden over een langere tijd en er zouden onderwijsleersituaties gecreëerd moeten worden naar aanleiding van en aansluitend op het werk zelf. De vorm van het ideale leertraject is daarmee flexibel en maakt wisselwerking mogelijk tussen condities en praktijk, tussen professional en het netwerk en binnen de persoon tussen het doen en het zijn (zie afbeelding 6.5). Het leertraject creëert zodoende niet alleen voorwaarden voor normatieve professionaliteit, maar ook voor een normatieve *praktijk*. Idealiter helpt een leertraject om een perpetuum mobile op gang te brengen waarin routines en disposities uit de tweede natuur op reflexief niveau worden gebracht, resulterend in een praktijk waar herdefiniëringen en betekenissen worden geproduceerd die vertrouwen en initiatief mogelijk maken.



Afbeelding 6.6: De wisselwerking tussen leertraject, condities en competenties.

7.1 Inleiding

In dit laatste hoofdstuk keren we terug naar de onderzoeksvragen die in hoofdstuk één zijn geformuleerd. Voordat we dat doen zijn enkele opmerkingen op zijn plaats over de reikwijdte en pretenties van deze studie.

Er worden met enige voorzichtigheid conclusies getrokken uit deze studie. Hoofdstuk 5 is gebaseerd op exploratief onderzoek. Bij een explorerende benadering bestaat gevaar voor het kapitaliseren van toeval. Bedoeld wordt dat het materiaal alleen door deze onderzoeker, in die situatie op dat tijdstip kan worden waargenomen²⁸⁷. Bij dit type benadering kunnen vertekeningen optreden door voorkeuren en vooropgezette meningen van de onderzoeker. Er is op verschillende manieren geprobeerd om deze vertekeningen te voorkomen: door de empirische bevindingen te contrasteren met theorie, door bevindingen voor te leggen aan panels, door het bereiken van inhoudelijke verzadiging, door het trianguleren van onderzoeksbronnen en onderzoeksmethoden, door verschillende andere maatregelen om willekeur en toevalligheden terug te dringen. Een belangrijke toets in dit type onderzoek is het overtuigend inzichtelijk verband²⁸⁸. Met het oog hierop zijn de conclusies in deze dissertatie logisch getoetst door de premissen en conclusies als volgt om te keren:

De productie van zorgvermijding en zorgverlamming kan tot ontwikkeling komen in een omgeving waar signalen uit de bevolking over verkommering en overlast geen weg vinden naar de hulpverlening; waar verantwoordelijkheden diffuus zijn; waar hulpverleners discretionaire ruimte missen en waar zich een moreel kader kan ontwikkelen waarin afstandelijkheid, afzijdigheid, onverschilligheid en cynisme gedijen; waar afspraken die de vorming van de continuïteit van zorg en het ontstaan van routines mogelijk maken, niet van de grond komen; waar de betrokkenheid van voorzieningen vrijblijvend is. Dergelijke condities belemmeren dat professionals proberen vanuit begrip en acceptatie contact te zoeken met mensen die verzeild geraakt zijn in anomische processen; het vertrouwen komt niet op gang omdat professionals en voorzieningen het vertrouwen niet waard zijn. Professionals die het vermogen missen om contact te maken en vertrouwen te winnen; die de ruimte niet weten te benutten tussen vrijwillige hulp en dwang; die te snel naar dwangmaatregelen grijpen; die de omgeving rond sociaal kwetsbare mensen niet weten te betrekken bij de zorg; die mensen niet in beeld houden als dat nodig is; die geen gelegenheid bieden voor identiteitsontwikkeling; die zelf veel nodig hebben (aan erkenning, aan retourgiften); die afstandelijk, ongeduldig, pessimistisch of star zijn, die snel de moed opgeven en zich bovendien sterk identificeren met

²⁸⁷ Swanborn: p135

²⁸⁸ Zie van Strien 1986: p199

hun professie en de voorziening waar ze werken; die onvoldoende (kunnen) reflecteren op hun persoonlijke eigenschappen, die missen het vermogen om vertrouwen en initiatief op gang te brengen.

Toch determineren deze factoren niet noodzakelijkerwijs een toestand van zorgvermijding en zorgverlamming; competente actoren (bestuurders, leidinggevers, hulpverleners, sleutelfiguren) kunnen door reflectie en herdefiniëring immers ketens van nieuwe, verwachtingen, processen en structuren op gang kunnen brengen die (op kleine schaal) zorgen voor de reproductie van vertrouwen en initiatief.

De hier ontwikkelde praktijktheorie bestaat in essentie uit vier spiralen. Twee opwaartse spiralen die de productie van vertrouwen en initiatief laten zien (zie hoofdstuk 5, afbeelding 5.7 en verderop in dit hoofdstuk, afbeelding 7.1) en twee neerwaartse spiralen die de productie van zorgvermijding en zorgverlamming in beeld brengen (zie hoofdstuk 2, afbeelding 2.1 en hoofdstuk 6, afbeelding 6.4). De opwaartse spiralen wordt aangedreven door de interactie tussen normatieve professionals en normatieve praktijken. In deze normatieve praktijk komt een perpetuum mobile op gang waarin routines en disposities uit de tweede natuur op reflexief niveau worden gebracht, resulterend in een praktijk waar herdefiniëringen en betekenissen worden gereproduceerd die vertrouwen en initiatief aanjagen.

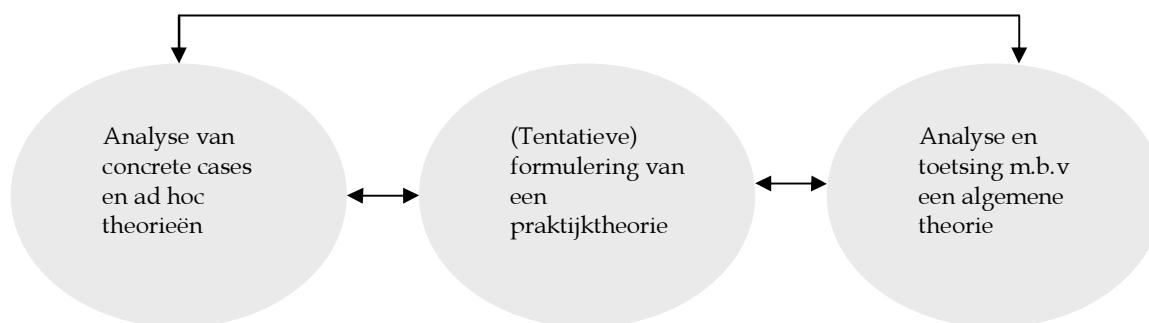
De ontwikkelde praktheorie vindt inmiddels zijn weg naar bijscholingen en trainingen in de OGGz. We hebben de indruk dat de theorie aanknopingspunten biedt voor het handelen van hulpverleners, docenten, leidinggevers en bestuurder in verschillende regionale omstandigheden. Dit vermoeden wordt met terughoudendheid en voorzichtigheid naar voren gebracht omdat de ontwikkelde praktijktheorie niet is onderworpen aan een vorm van toetsingsonderzoek. Wel is er indirecte empirische evidentie voor de stijl van werken die in het handelen en in de competenties tot uitdrukking wordt gebracht: het aansluiten bij en het afstemmen op cliënten, het werken vanuit acceptatie, het zoeken naar mogelijkheden voor bevestiging en het markeren van resultaten; in dit boek kortweg getypeerd als *waarderende* interacties in tegenstelling tot *normerende*. Dit type gedragingen komt ook terug in het onderzoek naar Expressed Emotions en Motivational Interviewing. De empirische evidentie van deze beide onderzoeksrichtingen heeft echter betrekking op specifieke categorieën: verslaafden, mensen met psychotische stoornissen en mensen met stemmingstoornissen, terwijl de OGGz doelgroep in zekere zin amorf en diffuus is. De typering van de doelgroep die we in paragraaf 1.1 hebben gemaakt laat echter zien dat verslavingen en psychotische

stoornissen een aanzienlijk deel uitmaken van de totale groep. We komen hier op terug in de aanbevelingen.

7.2 Theoretische opbrengst

In deze studie is gekozen voor een systemische analyse, dat wil zeggen dat zorgvermijding niet los gezien wordt van zorgverlamming, dat competenties niet los gezien worden van condities, dat het ontstaan van vrijplaatsen niet los gezien wordt van een overweldigend institutioneel kader in het werkveld. Daarbij is gebruik gemaakt van drie niveaus van theorieën: concrete theorieën van hulpverleners over concrete gevallen en situaties, zogenaamde idionome theorie (C niveau); de hier in deze dissertatie ontwikkelde praktijktheorie (B niveau); en Giddens' structuratietheorie, een algemene sociologische theorie (A niveau). Deze drie niveaus bleken elkaar aan te vullen en op elkaar in te grijpen. De interactie tussen praktijk en theorie is als het ware bekeken door de bril van Giddens. 'Bekijken' is echter een vaag begrip. Met 'bekijken' wordt bedoeld dat hulpverleningsprocessen en institutionaliseringsprocessen geherdefinieerd zijn in termen van structuur, hulpbronnen, structuratie en van (re)productie van systemen. De ontwikkelingsgang van identiteiten, structuren, instituties en de wisselwerking ertussen, kon zo met zijn theorie in beeld gebracht worden. De waarde van het gebruik van deze omvattende theorie bewees zich bijvoorbeeld in de beschrijving van de ogenschijnlijke tegenstellingen in paragraaf 5.3.4.2. De thematisering was al gemaakt in het voorjaar van 1999. De analyse vanuit Giddens die we hiervan onlangs maakten, liet zien hoe relevant deze thema's zijn voor de verdere ontwikkeling van de praktijktheorie. Voordat we de analyse vanuit Giddens maakten was niet duidelijk dat juist het omgaan met deze ogenschijnlijke tegenstelling het vakmanschap verraadt dat ervaren hulpverleners bezitten. In deze ogenschijnlijke tegenstelling wordt van hulpverleners gevraagd om tegenstrijdigheden werkbaar te maken in concrete cases, terwijl maatgevende voorbeelden niet voorhanden zijn. Het reflexief beoordelen van de resultaten van het eigen handelen, het bijstellen van de eigen opvattingen op grond van deze beoordelingen, de reflectie op stilzwijgende kennis en routine, blijkt in deze praktijken van bijzondere betekenis. Zonder dit vermogen kunnen deze hulpverleners geen positie bepalen en zich niet staande houden in turbulente omstandigheden zoals de OGGz. Deze navigerende kwaliteiten zijn ook nodig om een stijl van werken op te bouwen. De geportretteerde hulpverleners hebben een geschiedenis opgebouwd van reflectie op routines, op het eigen handelen, op persoonlijke eigenschappen, op de resultaten daarvan in concrete cases. De wisselwerking tussen

handelen (doen), identiteiten (zijn) en condities heeft een praktijk doen ontstaan waar het creëren van ruimte voor sociaal kwetsbare mensen die ‘het gehad hebben’ met de samenleving in het algemeen en met de hulpverlening in het bijzonder, de boventoon voert. Het is deze wisselwerking die door een analyse met behulp van Giddens’ structuratietheorie zichtbaar wordt. De praktijktheorie die in deze dissertatie is ontvouwd is ontstaan uit een pendel tussen concrete en algemene theorie (zie afbeelding 7.1). Giddens structuratietheorie wordt niet alleen in de sociologie gebruikt maar ook in de planologie, de landbouwkunde, de bestuurskunde en in de economische wetenschappen. Voor de analyse van een werkveld als de OGGz blijkt hij dus ook nuttig.



Afbeelding 7.1 Theoretische analyse: de wisselwerking tussen niveaus

Het gebruik van Giddens’ theorie heeft echter ook beperkingen laten zien. Zijn theorie bleek niet zoveel verklarende kracht te hebben dat anderen theorieën niet nodig waren. Zo zegt zijn theorie bijvoorbeeld weinig over leren²⁸⁹ of over morele praktijken. Juist in de analyse van een normatief geladen praktijk als de OGGz bleek dit laatste een forse beperking. In deze dissertatie zijn daarvoor andere theorieën gezocht en ook gebruikt, met name MacIntyre’s moraaltheorie. Structuratie geeft zicht op wisselwerking, op transformatie op productie en reproductie; wat echter de ‘normatieve vulling’ is van die structuraties is, blijft buiten beeld. Giddens’ structuratietheorie is op dit punt sociologisch en sociaal filosofisch aangevuld met inzichten van MacIntyre.

Een andere beperking is dat zijn theorie over het onbewuste zwak is uitgewerkt. Het lijkt er op dat hij het voluntaristisch karakter van zijn theorie niet wilde aantasten door een zwaar accent op het onbewuste te leggen. Toch laten deze en ook andere studies zien dat de habitus of de tweede natuur een sterke navigerende en integrerende functie heeft en dat

²⁸⁹ Overigens besteedt Giddens wel aandacht aan identiteitsvorming, dit kan ook opgevat worden als leren.

sociale situaties er nadrukkelijk door gestempeld worden. Ook op dit punt is zijn theorie aangevuld met theorie van anderen.

Wat hebben de onderzoeksactiviteiten in deze dissertatie opgeleverd en voor wie? En voor wie is deze praktijktheorie relevant? Doets²⁹⁰ maakt onderscheid tussen de relevantie voor de onderzoeksgemeenschap en voor de praktijkgemeenschap. Deze dissertatie lijkt relevant voor beide gemeenschappen. We beginnen met de relevantie voor de onderzoeksgemeenschap. Onderzoekers die zich bezighouden met onderzoek naar casemanagementpraktijken in de (O)GGz vinden in deze dissertatie een beschrijving van een empirisch gefundeerde praktijktheorie over de wisselwerking tussen condities en competenties in de OGGz. Hiaten in de kennis hierover zijn opgevuld. Ook is er kennis ontstaan over een werkwijze waarin niet zozeer het *bereiken van doelen* als wel het *markeren van resultaten* voorop staat. Anders dan veel onderzoek naar casemanagement in de (O)GGz is dit onderzoek niet zozeer gericht op uitkomsten en structuurkenmerken maar op hulpverleningsprocessen. Met dit onderzoek is er ook methodologische kennis beschikbaar gekomen over de wijze waarop dit aangepakt kan worden.

Dan de relevantie voor de praktijkgemeenschap. Tot deze gemeenschap rekenen we hulp- en dienstverleners, leidinggevend en bestuurders, maar ook docenten die trainingen gaan geven in ongevraagde hulp, bemoeizorg, drang en dwangpreventie. Voor al deze geledingen is kennis van belang over de wijze waarop zorgvermijding zorgverlamming elkaar aanjagen en versterken. Voor docenten liggen er aanwijzingen om niet opnieuw in de valkuil te stappen waar de ontwikkelaars van de OGGz cursus in stapten, maar ruimte te scheppen voor een eigen, lokale scholingsagenda. Voor leidinggevend en bestuurders liggen er mogelijkheden om de zeven condities die onderdeel uitmaken van de praktijktheorie te vergelijken met de condities in de eigen regio. Voor hen liggen er bovendien aanwijzingen voor het selecteren op competenties van personeel dat gaat werken in de OGGz. Voor hulp- en dienstverleners zijn er ten slotte aanwijzingen te vinden om aan te sluiten bij mensen 'die het gehad hebben met de hulpverlening' en hun vertrouwen te winnen.

²⁹⁰ Doets: 1982, p189

7.3 Conclusies

De vraagstellingen uit hoofdstuk één worden nu teruggehaald en beantwoord.

- *Hoe kunnen de verschijnselen zorgvermijding en zorgverlamming verklaard worden?*

Professionals in de OGGz zien zich geplaagd voor de taak om lotsverbetering op gang te brengen bij mensen die de hulp daartoe uit de weg gaan. Ook moeten zij vertrouwen zien te winnen terwijl begrenzing van gedrag en het opleggen van keuzes, soms tegelijkertijd nodig zijn. Deze vorm van hulp wordt bovendien gegeven aan mensen die weliswaar hulp krijgen in de samenleving maar er verder nauwelijks deel van uitmaken. Mensen die nauwelijks deel uitmaken van de samenleving en die weinig perspectieven hebben om hun lot te verbeteren, verliezen gemakkelijk het vertrouwen in de samenleving en in de instituties die daar bij horen en dus ook in de hulpverleners die deze instituties vertegenwoordigen. Verklaringen voor zorgvermijding worden in deze dissertatie gezocht in een toestand van anomie waar OGGz cliënten in verzeild kunnen raken. Waar sociaal cultureel geïntegreerde mensen greep op hun leven en hun omstandigheden hebben, ervaren anomische mensen machteloosheid en zien zij hun bestaan juist als zinloos en onvoorspelbaar. De gevoelens van onvoorspelbaarheid en onzekerheid leiden tot het krachtig omarmen van een wereldbeeld waarin sprake is van een negatieve zichzelf waarmakende voorspelling (zie je wel, de wereld deugt niet, de hulpverlening deugt niet). Door antisociale gedragingen worden afwijzingen uitgelokt die nieuw bewijs leveren voor een wereldbeeld waarin de instituties en de hulpverleners die daarin acteren, niet deugen. Een vast en haast onwrikbaar wereldbeeld lijkt de gevoelens van onzekerheid, onvoorspelbaarheid en chaos terug te dringen die gepaard gaan met extreme marginalisering. Een bestaan in de marge waar de druk om mee te doen in de opwaartse mobiliteit is ingewisseld voor retraite en de daarmee gepaard gaande zorgvermijding; een bestaan waarin routines, vaste beelden van de binnen- en buitenwereld, zorgen voor basisveiligheid.

Hulpverleners op hun beurt kunnen verzeild raken in een proces dat gelijkenis vertoont met het anomische proces dat hierboven beschreven staat. Door verregaande differentiatie en verkaveling van het werkveld, door verzakelijking en rationalisering van de dienstverlening, door een toename van regels en een afname van handelingsruimte, kunnen zij gescheiden raken van hun creativiteit en hun morele bronnen en ontstaat er vervreemding. Het onvermogen om de kluwenproblematiek van OGGz-clieënten te overzien voedt bovendien de machteloosheid van hulpverleners. Een lauwe betrokkenheid, cynisme en

afwentelingsgedrag kunnen het gevolg zijn. Als vervreemding en anomie samenkomen in hulpverleningssituaties, ontstaat er gemakkelijk een mengsel van zichzelf waarmakende voorspellingen ('zie je wel, de cliënt is niet gemotiveerd' cq. 'zie je wel, de hulpverlening deugt niet'). In deze context kunnen zorgvermijding en zorgverlamming uitgroeien tot hardnekkige verschijnselen. Centrale these bij dit onderdeel is dat zorgvermijding zorgverlamming uitlokt en omgekeerd.

- *Welke competenties stellen professionals in de OGGz in staat om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen?*

Professionals in de OGGz hebben competenties nodig om zorgvermijding en zorgverlamming te doorzien maar ook om de zichzelf waarmakende voorspellingen te ontlopen die cliënten uitlokken. Het gaat daarbij om een mix van vakkennis, intermediaire vaardigheden (doen), morele oriëntaties en persoonlijke eigenschappen (zijn) die het mogelijk maken om opwaartse spiralen van wederkerigheid en vertrouwen op gang te brengen met OGGz-clients maar ook met collegae van voorzieningen in het eigen werkgebied. Deze professionals kunnen vanuit acceptatie contact maken en vertrouwen winnen; kunnen de ruimte benutten tussen vrijwillige hulp en dwang; kunnen de omgeving rond sociaal kwetsbare mensen betrekken bij de zorg als dat nodig is; kunnen mensen in beeld houden als dat nodig is en kunnen gelegenheid bieden voor identiteitsontwikkeling.

In deze dissertatie is naar voren gekomen dat een aantal morele en identitaire eigenschappen constituerend zijn voor deze competenties.

Niet zozeer het stellen van doelen, als wel het markeren van resultaten is de verschijningsvorm van deze werkwijze. De volgende morele en identitaire eigenschappen werden naar voren gebracht als constituerend voor deze competenties: compassie, trouw, betrokkenheid, vasthoudendheid, een kritische houding tot de mainstream, flexibiliteit, optimisme, diplomatie, geduld, creativiteit, stressbestendigheid. Een zekere mate van altruïsme hoort ook in deze opsomming thuis omdat de retourgiften die de hulpverlening aan OGGz-clients biedt, soms karig zijn of zich pas veel later aandienen. Niet iedere professional beschikt (voortdurend) over al deze eigenschappen. Het is aannemelijk dat het vermogen om te reflecteren op (het ontbreken van) deze eigenschappen belangrijker is dan het bezit ervan. De opsomming van deze eigenschappen kan niet opgevat als een uitputtend en vastomlijnd rijtje, en het is zeker geen profiel van een prototypische professional. Giddens ziet identiteit als een reflexief project waaraan mensen continu werken. Door betekenisverlening, feedback, ontstaan nieuwe verwachtingen en veranderen structuren,

maar ook identiteiten. Ook personen die bijvoorbeeld (tijdelijk) minder gezegend zijn met eigenschappen als creativiteit of flexibiliteit kunnen zorgvermijding en zorgverlamming terugdringen in de OGGz. Giddens volgend is het vermogen om te reflecteren op de eigen persoonlijke eigenschappen en zich te verhouden tot beperkingen, met name belangrijk.

Een terugblik op de analyses in deze dissertatie vanuit Giddens' structuratietheorie maakt dat we de analyse van zorgverlamming in hoofdstuk twee op één punt aanvullen. Zorgverlamming heeft niet alleen een verschijningsvorm van partijen die het initiatief van andere partijen afwachten, afwentelingsgedrag en onnodige doorverwijzingen, maar heeft ook een subtiele gedaante: 'ik mag me niet met uitkeringen bemoeien van mijn baas', 'ik kan niks met borderliners', 'door de no show financiering²⁹¹ kunnen we ons niet meer met zorgmijders bezighouden'. De betekenisverlening die in deze zinnen doorklinkt verlamt de eigenaar van dit taalgebruik. Het reflecteren op aannames, definiëringen, beelden, doet routines veranderen en schept ruimte om vooruitgang *te zien*, om te helpen vanuit een acceptatie van wat er is. Deze reflexieve competentie duiden we in navolging van Kunneman aan als normatieve professionaliteit. Vertrouwen en initiatief - het tegendeel van zorgvermijding en zorgverlamming - kan ontstaan als de hulpverlening vertrekt vanuit acceptatie.

▪ *Welke condities maken het terugdringen ervan mogelijk?*

In deze dissertatie wordt het probleem van zorgvermijding en zorgverlamming opgevat en onderzocht als een onderling samenhangend en elkaar beïnvloedend systeem van condities. Onder de lokale bevolking, de hulpverleners uit de OGGz en de voorzieningen kan een systemische reproductie van vertrouwen en initiatief ontstaan, maar ook het omgekeerde. Zorgvermijding en zorgverlamming kunnen niet gedijen onder een zestal condities.

De eerste conditie: *geringe afstand tussen de lokale bevolking en voorzieningen*. Condities waar zorgvermijding en zorgverlamming worden teruggedrongen zijn condities waar signalen over verkommering en overlast uit de lokale bevolking makkelijk hun weg vinden naar de hulpverlening. Dit impliceert dat de lokale bevolking weet waar de hulpverlening te bereiken is en dat de bevolking erop vertrouwt dat de signalen worden opgepikt. Dit impliceert een zekere kleinschaligheid waardoor sleutelfiguren uit de lokale bevolking en professionals van voorzieningen elkaar kunnen kennen. Daaraan vooraf hebben de partijen

²⁹¹ Instellingen ondervinden problemen om voor bemoeizorg kenmerkende activiteiten als casefinding, netwerkcontacten en 'no show-contacten' gedeclareerd te krijgen. Zie de brief van staatsecretaris Clémence Ross-van Dorp aan de tweede kamer, kenmerk GVM 2544696 *Plan van aanpak verloedering en overlast 2005-2007*.

kennelijk een geschiedenis kunnen opbouwen waarin het vertrouwen zich kon ontwikkelen. Als dit vertrouwen sterk is dan durven sleutelfiguren uit de lokale bevolking om omstanders zich makkelijker in te laten met sociaal kwetsbare mensen. Wetend dat de hulpverlening bereikbaar en initiatiefrijk is, durven de actoren een rol te spelen in signalering, toezicht en informele steun. Het omgekeerde helaas ook. Een paar incidenten waarin overlast of verkommering in een woonomgeving voortduren, kan een beeld produceren van afzijdigheid, lage reactiesnelheid, bureaucratische opstelling. Het verlies van vertrouwen gaat te paard, het terugwinnen ervan te voet.

De tweede conditie bestaat uit *een lokaal zorgnetwerk waar signalen en acties verbonden kunnen worden*. In de beantwoording van de vorige onderzoeksvraag is naar voren gekomen dat de retourgiften die de hulpverlening aan OGGz-cliënten biedt, soms karig zijn of zich pas veel later aandienen. Bovendien is het boeken van vooruitgang in het terugdringen van verkommering of overlast op een bijzondere manier afhankelijk van de medewerking van en de samenwerking met voorzieningen. Het vinden van erkenning voor de inspanningen die professionals leveren kan dus niet altijd uit het werk met cliënten zelf worden gehaald. Steun en erkenning zullen voor een deel gevonden moeten worden in de omgang met collegae in en om het lokale zorgnetwerk. Onderlinge steun, erkenning, medewerking en samenwerking komen echter niet zomaar tot stand. Sterker nog, de doelen en deelnamestructuur van lokale zorgnetwerken zijn sterk in beweging. Deze wisselende medespelers en wisselende doelstellingen kunnen een vertrouwelijke omgang in het zorgnetwerk in de weg staan. In hoofdstuk drie is echter ook naar voren gekomen dat als het lokale zorgnetwerk resultaten boekt, dit nieuwe ambities en nieuw onderling vertrouwen genereert. Dit onderlinge vertrouwen wordt bevorderd door een derde conditie: *afspraken die de continuïteit en het ontstaan van routines mogelijk maken*. Als er afspraken komen over de inzet van medewerkers van verschillende voorzieningen in een lokaal zorgnetwerk, als er bovendien een coördinator wordt aangewezen, dan kan er continuïteit van zorg geboden worden. De OGGz is een turbulente en veranderlijke omgeving. Giddens heeft gewezen op de rol van routines bij het ontstaan van veiligheid in sociale praktijken. Een vaste voorzitter, een vaste agenda, een vaste vergaderruimte kan bijdragen aan de beoogde veiligheid. We hebben in hoofdstuk drie naar voren gebracht dat deze derde conditie geen noodzakelijke voorwaarde is voor het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming. Informele netwerken (06 netwerken en ad hoc georganiseerde zorgconferenties) kunnen immers ook effectief zijn. Deze netwerken zijn echter kwetsbaar als institutionalisering (bestendiging) uitblijft.

Handelingsruimte voor medewerkers om initiatieven te nemen is een vierde conditie. Als medewerkers vrijheid krijgen (*of nemen*) om contacten te leggen met sleutelfiguren uit de lokale bevolking, om vergaderingen te beleggen met collegae uit andere voorzieningen, om delen van hun tijd naar eigen inzichten in te vullen, ontstaat er ruimte voor creativiteit. Deze creativiteit is nodig omdat het werk met OGGz-cliënten zich niet in kantoorsjablonen laat persen. In dit boek zijn voorbeelden naar voren gebracht waarbij het nodig is om 's avonds bij iemand langs te gaan, om eerst via de brievenbus contact te leggen, om van alles om een cliëntensysteem heen te regelen dat niet op de geijkte formulieren van de voorziening weggeschreven kan worden enz. In deze dissertatie zijn hulpverleners geportretteerd die deze vrijheid deels krijgen maar ook deels nemen; ze gaan soepel om met regels en creëren daarmee ruimte. Het *commitment van voorzieningen bij de OGGz* is een vijfde conditie. OGGz-cliënten hebben instellingsoverstijgende zorg nodig. Zonder commitment van voorzieningen lopen individuele medewerkers vast in de instellingsoverstijgende zorg. Om dit mogelijk te maken zijn samenwerkingsafspraken nodig, is er bestuurlijk overleg nodig, zijn er formele afspraken nodig over de inzet van medewerkers, over de coördinatie, een vergaderruimte, de beoogde doelen en de registratie. Als afspraken uitblijven dan bestaat het gevaar dat professionals in de OGGz opbranden, omdat er voortdurend creativiteit en pioniersgeest wordt gevraagd en omdat bestendinging uitblijft. De bedoelde bestendinging vraagt om een orgaan dat optreedt als initiatiefnemer, als coördinator en als regisseur. Onder het regime van de WMO worden met name de gemeente en de VNG geacht deze rollen op zich te nemen. We zien op dit moment dat brancheorganisaties van voorzieningen zoals AEDES, GGD Nederland, de Federatie Opvang en GGZ Nederland ook initiatieven nemen die zorgen voor coördinatie en bestendinging²⁹². De OGGz kan niet alleen op pioniersgeest en creativiteit drijven, bestendinging in de vorm van routine, afspraken, beleid en regie is evenzeer nodig.

De laatste en zesde conditie is de minst tastbare; een *moreel kader*. Een omgeving waar zorgvermijding en zorgverlamming geen voet aan de grond krijgt is een omgeving waar onverschilligheid ter discussie wordt gesteld, waar bestuurders, leidinggevend en hulpverleners breukvlakken in de zorg (onnodige doorverwijzing en fragmentatie) vermijden en waar de vaste wil is dat burgers toegang krijgen tot zorg. Ideeën uit voorhoedepraktijken in binnen- en buitenland die zorgen voor nieuwe impulsen en inspiratie, maken onderdeel uit van dit normatieve kader. We hebben gezien dat de

²⁹² Mooi voorbeeld hiervan is de totstandkoming van de 'Handreiking gegevensuitwisseling in het kader van bemoeizorg'. GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG, 2005

Groningse OGGz praktijk onderdeel uitmaakt van een internationaal systeem van praktijkontwikkeling dat 'the right to rot' en de afzijdigheid van de hulpverlening bij verkommering, verloedering en overlast ter discussie stelt. De normatieve praktijk die hier gestalte krijgt bouwt (voort) aan tradities, geeft zicht op relevante doelen, kanaliseert verlangens en behoedt de werkers daarmee voor morele uitglijders. We stuiten hierbij op de grenzen van het competentiebegrip. Competenties zijn vanuit dit gezichtspunt geen individuele aangelegenheid meer maar een conditie die werkers de gelegenheid biedt om steeds *het juiste midden* te zoeken van de persoonlijke eigenschappen die we in hoofdstuk 5 aantreffen, zie de illustratie hieronder. We hebben in dit boek hulpverleners aan het werk gezien die risico's nemen en die daarvan leren. Die risico's durven ze te nemen omdat er steun is, ze kunnen een potje breken; maar belangrijker nog, ze worden behoedt voor uitglijders door deugden en tradities. Competenties zijn vanuit dit gezichtspunt geen persoonlijke eigenschappen, maar eigenschappen die aangesproken worden, ruimte krijgen of afgeremd worden; kortom een zaak die *anderen* aangaat. Deze 'persoonlijke' eigenschappen in de afbeelding hieronder zijn feitelijk een verschijningsvorm van klassieke deugden als wijsheid, mededogen, moed, rechtvaardigheid; deugden die al een lange traditie van uiteenlopende toepassingen achter de rug hebben.

afstandelijkheid	compassie	vereenzelviging
afzijdigheid	trouw	sybiose
eenzelvig	betrokkenheid	identificatie
defaitistisch	vasthoudendheid	drammerig
volgzaam	kritisch ten opzichte van de mainstream	opstandig
rigide	flexibiliteit	toegeeflijk
pessimisme	optimisme	onkritisch, eufoor
onhandig	diplomatiek	strategisch
ongeduld	geduld	lethargie
voorspelbaar	creativiteit	onbezonnenheid
vermoeid	stressbestendigheid	jezelf voorbij lopen
egoïsme	altruïsme	jezelf wegcijferen

Afbeelding 7.2 De positionering van persoonlijke eigenschappen in het 'juiste' midden.

Het *juiste* midden in dit schema is niet bedoeld als een gefixeerd eindpunt of een autoritaire aanwijzing. Ook is het geen tijdloze, boven contexten verheven wijsheid, maar juist het vertrekpunt van een dialoog. Door bevraging en door leerzame wrijving wordt het juiste midden steeds opnieuw gevonden, bijgestuurd en geherdefinieerd.

- *Wat is de vorm en inhoud van een leertraject dat professionals in staat stelt om zich deze competenties en vaardigheden eigen te maken?*

Een leertraject dat professionals voorbereidt op het werken in de OGGz (1) sluit aan bij de leerbehoefte van de verschillende deelnemers, (2) biedt gelegenheid voor het produceren van een gedeelde praktijk en (3) sluit nauw aan bij de leerbehoefte en lokale omstandigheden van het team. Met aansluiten bij lokale leerbehoeften wordt bedoeld: het verbeteren van de onderlinge samenwerking, het verbeteren van de samenwerking met de lokale samenleving, het verbeteren van de samenwerking met voorzieningen, het beter combineren van toegeleiding met ontwikkelingsgericht werken. De vorm en inhoud van een leertraject biedt bovendien gelegenheid om te werken aan een optimale cognitieve afstand tussen teamleden; groot genoeg om elkaar iets nieuws te vertellen en klein genoeg voor wederzijds begrip. Tot slot laat een leertraject voor de OGGz deelnemers reflecteren op hun tweede natuur, op hun eigen generositeit en biedt hen de gelegenheid de retourgiften van deze praktijk, onder ogen te zien.

Dan de vorm van het leertraject. In de analyse zijn verschillende aspecten over de vorm naar voren gebracht. Het programma zou uitgesmeerd moeten worden over een langere tijd en er zouden onderwijsleersituaties gecreëerd moeten worden naar aanleiding van en aansluitend op het werk zelf. De vorm zou bovenal open moeten zijn; in die zin dat de deelnemers hun stempel kunnen drukken op de vorm en inhoud ervan. De vorm van het ideale leertraject is daarmee flexibel en maakt wisselwerking mogelijk tussen condities en praktijk, tussen professional en het netwerk en binnen de persoon tussen het doen en het zijn (zie afbeelding 7.1). Het leertraject creëert zodoende niet alleen voorwaarden voor normatieve professionaliteit, maar ook voor een normatieve *praktijk*. Idealiter helpt een leertraject om een perpetuum mobile op gang te brengen waarin routines en disposities uit de tweede natuur op reflexief niveau worden gebracht, resulterend in een praktijk waar herdefiniëringen en betekenissen worden geproduceerd die vertrouwen en initiatief aanjagen. Dit type leertraject gaat in de tijd door, ook als de docent van het toneel verdwenen is, en gaat over in een configuratie die Wenger aanduidt als een community of practice. We hebben echter ook gezien dat Wenger's community als richtinggevend kader

beperkingen kent. Professionals hebben te maken met turbulente omstandigheden en moeten wisselende normatieve claims en tegenstrijdige belangen werkbaar maken in concrete cases. Navigeren in deze veranderlijke omstandigheden vraagt om een innerlijk kompas en een context die werkers behoedt voor morele uitglijders. Een leertraject kan er aan bijdragen dat er niet alleen *gedeelde* praktijk ontstaat maar ook een *goede* praktijk, een praktijk die deugden realiseert, die morele navigatie ondersteunt. Om die reden zijn de ideeën van Wenger aangevuld met ideeën van MacIntyre.

~

Tot zover de beantwoording van onderzoeksvragen. In essentie komt de beantwoording er op neer dat vertrouwen en initiatief in de OGGz worden aangejaagd door reflectieve professionals die zichzelf reproducerende ketens op gang brengen van acceptatie en contact. Deze professionals weten ruimte te creëren waarin sociaal kwetsbare mensen hun perspectieven kunnen articuleren. De praktijktheorie die hier naar voren wordt gebracht bestaat uit een normatieve praktijk die normatieve professionaliteit produceert en visa versa. De condities die de competenties schragen laten in zeker opzicht verwantschap zien met het programma van de World Health Organisation (WHO) voor zogenaamde healthy cities²⁹³. Twee citaten uit het Europese programma hiervan wijzen hierop.

[...] ‘building institutional capacity by setting up mechanisms to facilitate cooperation and coordination and the training of staff in interdisciplinary methods;’ (p38)

‘strengthening environmental health services; and establishing and maintaining city networks for collaboration and exchange of models of good practice (p41).’

De conclusies in deze dissertatie zijn evenals het healthy cities program een pleidooi voor secundaire en tertiaire preventie. Er zijn, weliswaar op een minder abstract niveau dan in het healthy cities programma, vergelijkbare aanwijzingen terug te vinden om natuurlijke hulpbronnen als omstanders, familie, burens, vrienden en arbeid beter te benutten, om de toegankelijkheid van voorzieningen te verbeteren. Andere aanwijzingen voor deze verwantschap hebben betrekking op vroegsignalering, casefinning²⁹⁴, voorkomen van

²⁹³ World Health Organisation (WHO). *Sustainable development and health: Concepts, principles and framework for action for European cities and towns*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1997.

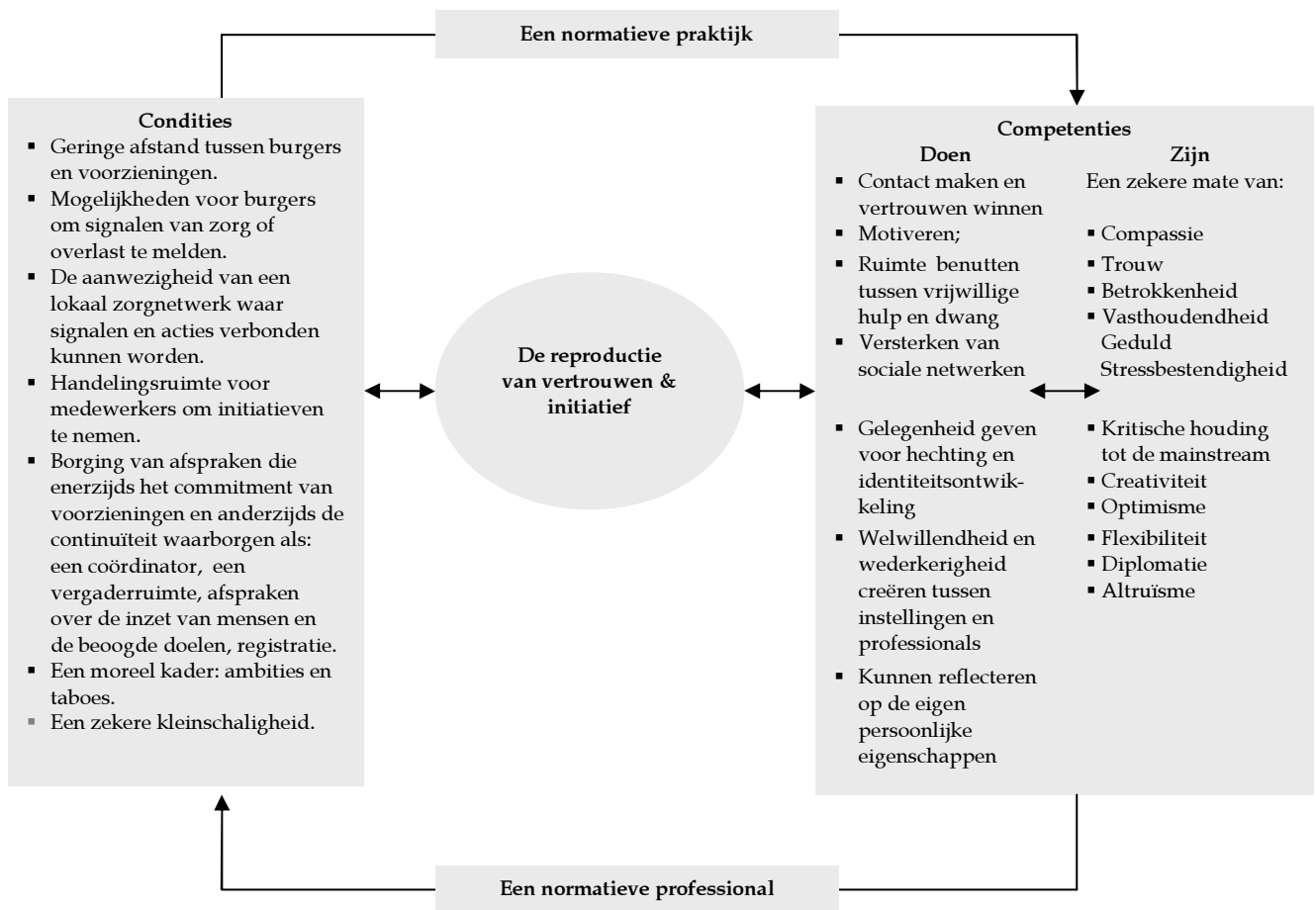
²⁹⁴ Casefinding verwijst hier naar het opzoeken van mensen die gezondheidsrisico's lopen, naar de zorg voor moeilijk bereikbare groepen of het aanbieden van diensten op plaatsen waar sociaal kwetsbare mensen zich ophouden.

huisuitzettingen, voorkomen van psychiatrische crises, voorkomen van dwang, de inzet van lichte generalistische hulp om daarmee zware specialistische hulp te voorkomen. De conclusies verschillen daarmee van het G4 programma 'kwetsbaarheid in de grote stad' dat sterk uitgaat van de rol van voorzieningen. Het G4 programma heeft een curatief accent, een accent dat gezien kan worden als een reactie op decennia waarin the 'right to rot' prevaleerde.

Het ideaal van MacIntyre, de inclusieve samenleving, is in de ogen van Bauman ondenkbaar. Voor Bauman is uitsluiting verbonden met modernisering en in zekere onvermijdelijk (alleen chaos sluit allen in). Naar verwachting zullen overbodigheid en uitsluiting de samenleving inderdaad nog lang vergezellen. Toch is voorstelbaar dat intensieve interacties tussen normatieve professionals en normatieve praktijken er toe leiden dat de OGGz minder nodig is, dat ze in omvang en betekenis afneemt. In dat geval zijn er duurzame en vertrouwelijke relaties ontstaan tussen sociaal kwetsbare mensen en hun omstanders, tussen sociaal kwetsbare mensen en hulpverleners, tussen lokale bevolking en voorzieningen, en hebben de voorzieningen de werkwijze van de OGGz geïncorporeerd. Integrale multidisciplinaire teams die gericht zijn op een vast werkgebied, zijn de verschijningsvorm daarvan. In dat laatste geval is er geen sprake meer van ketenzorg of van een vangnet, maar van natuurlijke en permanente support. Macramézorg²⁹⁵ is daarvoor wellicht een goede term; zorg die aansluit op een gemeenschap die sociaal kwetsbare mensen in een weefsel vasthoudt en behoedt voor uitglijders. Zorg en mededogen zijn dan niet meer voorbehouden aan medewerkers van een vangnet, maar zijn onderdeel geworden van een traditie die is doorgedrongen tot de samenleving en haar instituten. Hierin ligt misschien de synthese tussen Bauman (empirie) en MacIntyre (moraaltheorie): het hoge levenstempo en de overbodigheid en uitsluiting die daarmee gepaard gaan zullen ons misschien nog lang vergezellen, maar de vaste wil om meer te bieden dan een stoplap voor falende systemen, kan een ideaal zijn dat een ander burgerschapsmodel produceert. Een vorm van burgerschap²⁹⁶ waarin zorg en mededogen vanzelfsprekend zijn. Daarmee zijn we weer terug bij de anomietheorie waar dit boek mee aanvangt: anomie ontstaat uit de dissociatie van de culturele en sociale structuur. Het omgekeerde echter ook: integratie ontstaat uit de associatie met de culturele en sociale structuur. De bemiddelende rol die een praktijk daarbij kan spelen, hebben we geprobeerd in dit boek te beschrijven.

²⁹⁵ G. Schout, C. Drost & F. Jongsma. *Van pech onderweg naar een supportorganisatie: naar een OGGz zonder breukvlakken*. VNG, 2006

²⁹⁶ Vgl. de discussie die Doortje Kal naar voren brengt over kwetsbaar burgerschap in *Kwartiermaken*, p 155-157.



Afbeelding 7.1: Terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming: een praktijktheorie.

7.4 Aanbevelingen

Uit deze dissertatie kunnen een drietal aanbevelingen afgeleid worden; voor beleidsontwikkeling, voor de praktijk van de OGGz en voor verder onderzoek.

Aanbeveling 1 Beleidsontwikkeling

Bij de keten van signaleren, aanmelden, opzoeken, inventariseren, doorverwijzen en het tot stand brengen van langdurige therapeutische relaties zijn verschillende professionals, diensten en voorzieningen betrokken. Deze keten is storingsgevoelig en er ontstaan gemakkelijk breuken. Het idee van casefinding en doorgeleiding lijkt juist bij OGGz-cliënten averechts te werken. De uiteenzettingen in dit boek over anomie maken het aannemelijk dat cliënten de doorgeleiding opvatten als 'zie je wel, ze moeten me niet'. De inhoudelijke spanning, doorgeleiden of verder vertrouwen winnen, kan niet op de werkvloer opgelost worden. Is de OGGz een doorgeleidingsinstituut? Kan de OGGz hulpverlening

georganiseerd worden zonder breukvlakken, bijvoorbeeld in multidisciplinaire lokale zorgnetwerken? Wie houdt cliënten in beeld en wie gaan er werken aan ontwikkelingsgerichte doelstellingen? Een hulpverlening zonder breukvlakken impliceert een zekere kleinschaligheid in de OGGz; een situatie waarin cliënten, hulpverleners en sleutelfiguren uit de bevolking elkaar kunnen kennen, waarin vaste hulpverleners cliënten blijven volgens ook als zij in detentie gaan of opgenomen zijn in de GGZ en weer terugkomen. We hebben gezien dat kleinschaligheid echter ook knellend kan worden. In verschillende kleinere gemeenten (<20.00 inwoners) blijkt het moeilijk om een lokaal zorgnetwerk in de lucht te houden omdat er niet voldoende aanmeldingen zijn. Welke schaalgrootte vertrouwen en initiatief kan produceren is onduidelijk. Kortom, de missie van de OGGz en de werkverhouding tussen de OGGz en de voorzieningen vraagt verdere studie. De vraag hoe sleutelfiguren uit de lokale bevolking en uit de voorzieningen kunnen worden betrokken worden bij een OGGz zonder breukvlakken en welke schaalgrootte daarbij dienstbaar is, zou uitgangspunt kunnen zijn voor een dergelijke studie.

Sommige lokale zorgnetwerken houden zich bezig met een omliggende doelgroep, bijvoorbeeld alleen zorg voor zorgwekkende zorgmijders (minimale synergie). Andere netwerken richten zich op een integrale aanpak voor bijvoorbeeld jeugd, volwassenen, ouderen, multiprobleem gezinnen, huiselijk geweld, illegale asielzoekers, straatprostituees en zorgwekkende zorgmijders (maximale synergie). Uit een notitie van het Ministerie van Justitie valt op te maken dat 'huiselijk geweld' zal worden opgenomen in een vervolgconvenant OGGz²⁹⁷. Beide modaliteiten hebben voor- en nadelen. Maximale synergie heeft als voordeel dat de adressen in de gemeente waar zich een opstapeling van problemen voordoet, gemakkelijk in beeld komen. De betrokken hulpverleners kunnen de hulp efficiënt in het netwerk op elkaar afstemmen. Huiselijk geweld, verslaving, pedagogische problemen, problemen met uitkeringen komen vaak samen voor. Maximale synergie heeft echter als nadeel dat er een groot aantal hulpverleners rond de tafel zit en dat een deel van hen verhalen over cases moet aanhoren waarbij ze zelf niet betrokken zijn. De slagkracht van het lokale zorgnetwerk kan afnemen door de omvang van het gezelschap. Dit komt vooral naar voren als het verzorgingsgebied groot is en als er niet gewerkt wordt met kern- en schilpartners. Welke vormen van synergie er in Nederland zijn en wat dit betekent voor de slagkracht van de OGGz, is echter niet bekend. Het ontbreekt dus aan kennis over de aard en de mate van synergie. Steun voor gemeenten om verder te komen met dit vraagstuk, lijkt aangewezen.

²⁹⁷ Uit: 'Privé Geweld – Publieke Zaak' Voortgangsbericht over de aanpak van huiselijk geweld. Min.v.Justitie, 2003

Aanbeveling 2 De praktijk van de OGGz

De professionals in de OGGz zijn in essentie generalisten die grensoverschrijdende zorg leveren, waarbij hun opleidingsachtergrond en hun instellingsachtergrond van ondergeschikt belang zijn geworden. De aard van de opgegraven laat kennis zien dat dit complex en inventief werk is waar de persoon en het reflectief vermogen van de professional er op een bijzondere manier toe doet. De praktijkontwikkeling kan niet aangejaagd worden door de toekenning van specialisaties of andere statusverhogende middelen. De aantrekkingskracht in dit werk zit hem in de handelingsruimte van een vrijplaats, in de ongebaande wegen van een onorthodoxe praktijk, in het zien en waarderen van kleine successen, in het verder ontwikkelen van persoonlijke eigenschappen. De vakontwikkeling bestaat in de OGGz, naast vakkennis, uit de ontwikkeling van normatieve professionaliteit en het verder ontwikkelen van het vermogen om vanuit acceptatie contact te zoeken. Via de beroeps- en brancheorganisaties zou aandacht gevraagd moeten worden voor een vakontwikkeling die deze kenmerken heeft.

Aanbeveling 3 Verder onderzoek in de OGGz

Deze dissertatie komt voort uit een praktijkonderzoek met een exploratief en theorievormend karakter. In dit onderzoek is veel aandacht besteed aan de interne validiteit van de theorie. Het ligt voor de hand om hierna de overdraagbaarheid van de ontwikkelde praktijktheorie naar andere praktijken te onderzoeken. Op deze manier kan de externe validiteit worden nagegaan. Bij voorkeur vindt dit onderzoek plaats in praktijken die nog ver af staan van het normatieve kader en de normatieve professionaliteit die in de praktijktheorie naar voren komen. Het is zaak de introductie van de praktijktheorie in dit geval niet ten koste te laten gaan van het aansluiten bij de praktijk waar de overdraagbaarheid wordt onderzocht. De bedoelingen van de praktijktheorie zouden niet strijdig moeten zijn met de aard van de implementatie. Congruentie tussen theorie, methodologie en de bedoelingen van het programma verdient in dit geval speciale aandacht. De beoogde verandering in competenties zouden geëvalueerd kunnen worden met responsief evaluatieonderzoek²⁹⁸. De beoogde veranderingen in de condities die naar verwachting zullen optreden zouden geëvalueerd kunnen worden met een gemengd evaluatieonderzoek²⁹⁹.

²⁹⁸ Abma, T. *Responsief evalueren*. Delft: Eburon, 1996

²⁹⁹ Caracelli, V & J.C. Greene. Crafting Mixed-Method Evaluation Designs. *New Directions For Evaluation*. No.74, p19-32, 1997

7.5 Tot slot

Zorg c.q. hulp is in handen gekomen van professionals. De natuurlijke betrokkenheid van familieleden en geliefden staat in schril contrast tot de gedifferentieerde, verkavelde, en soms ontzielde hulp, die in de wereld van zorg, welzijn, wonen en veiligheid, gegeven wordt. In dit boek wordt zorgvermijding verklaard als een ultieme poging om controle te krijgen op een bestaan dat ervaren wordt als doelloos en onvoorspelbaar. Waar OGGz-cliënten behoefte hebben aan snelle, praktische en integrale hulp van betrokken hulpverleners, treffen zij meer dan eens personen aan die weinig handelingsruimte hebben, die vastzitten aan regels, procedures en wachtlijsten, die bovendien moeite hebben om mensen te helpen die maar ten dele problemen hebben op het terrein van de instelling waar zij werken. Sommige professionals lukt het niettemin om contact te maken, om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen. Deze personen lijken te beschikken over een empathisch vermogen en over dieperliggende persoonlijke eigenschappen die in deze dissertatie nader onderzocht zijn. Zij weten ruimte te creëren waarin sociaal kwetsbare mensen hun perspectieven kunnen articuleren. Deze competenties ontstaan niet vanzelf, onder condities die we in deze dissertatie hebben aangeduid als een normatieve praktijk kunnen ze tot ontwikkeling komen.

LITERATUUR

A

- Abma, T. *Responsie evalueren*. Delft: Eburon, 1996
- Agnew, R. & N. Passas p1-26, in: Passas, N. & R. Agnew. *The Future of Anomy Theory*. North Eastern University Press: Boston, 1997
- Anthony, W. A. Studying evidence-based processes, not practices. *Psychiatric Services*. Vol. 54 No. 1, p7, January 2003
- Anthony, W. A., E. S. Rogers & M. Farkas. Research on evidence-based practices: Future directions in an era of recovery. *Community Mental Health Journal*, 39(2), p101-114, 2003

B

- Baars, H.M.J, J.T.F Uffing & G.F.H.M. Dekkers: *Sociale netwerkstrategieën in de sociale psychiatrie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 1990
- Baart, A. *Een theorie van de presentie*. Lemma: Utrecht, 2001
- Baart, A & M. Steketee. *Wat aandachtige nabijheid vermag. Over professionaliteit en present-zijn in complexe situaties*, Verwey-Jonker Instituut, 2003
- Baart, A. Inleiding: een beknopte schets van de presentietheorie. *Sociale Interventie*, p 5 – 8, nr.2, 2003
- Bauman, Z. *Alone Again. Ethics After Certainty*. London: Demos, 1996
- Bauman, Z. *Leven met veranderlijkheid, verscheidenheid en onzekerheid*. Boom: Meppel, 1998
- Bauman, Z. *Liquid Modernity*. Cambridge: Polity Press, 2000
- Bauman, Z. *Liquid Love: On the Frailty of Human Bonds*, Cambridge: Polity Press, 2003
- Bauman, Z. *Wasted lives. Modernity and its outcasts*. Polity Press: Cambridge, 2004
- Beck, U. & A. Giddens & S. Lash. *Reflexive Modernization. Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*. Cambridge: Polity Press, 1994
- Beck, U. *Risicogesellschaft Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Suhrkamp: Frankfurt AM, 2004
- Becker, D. R., Drake, R. E. *A working life: The individual placement and support (IPS) program*. New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center, 1993
- Beer, P. de. *Werk, een uitgewerkt medicijn? Arbeidsparticipatie, welvaart en ongelijkheid in de postindustriële samenleving*. Nijmegen: SUN, 2001
- Benjamin, J. *The Bonds of Love: Psychoanalysis, feminism, and the problem of domination and rational violence*. Pantheon: New York, 1988
- Benjamin, J. *Like Subjects, Love Objects: essays on recognition en sexual difference*. Yale University Press: New Haven, 1995
- Benjamin, J. *Shadows of the other. Intersubjectivity and Gender in Psychoanalysis*. Routledge: New York, 1998
- Benthem. P. *Train de trainer in de OGGz*. Doctoraalscriptie, Rijksuniversiteit Groningen, 2004

Bergenhengouwen, G.J., Mooijman, E.A.M. & H.H. Tillema, *Strategisch opleiden en leren in organisaties*, Deventer: Kluwer Bedrijfsinformatie, 1998

Bernstein, R & D.M. Fox. *Effective Public Management of Mental Health Care: Views from States on Medicaid Reforms That Enhance Service Integration and Accountability*, Bazelon Center for Mental Health Law, 2000

Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E., Rapp, C. A., Meister, N., Lehman, A. F. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 52(3), 313-322, 2001

Bosch, van den R.J. *Psychosen*. In: H.T. van der Molen, S. Perreijn & M.A. van den Hout (red.) *Klinische psychologie. Theorieën en psychopathologie*. Groningen: Wolters-Noordhoff. p785-822, 1997

Bourdieu, P. *Argumenten voor een reflexieve maatschappijwetenschap*. Amsterdam: SUA, 1992

Bourdieu, P. *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge University Press, 1977

Bransen, E., L. Hulsbosch & J. Wolf. *Samenwerkingsprojecten Openbare Geestelijke Gezondheidszorg voor sociaal kwetsbare mensen*. Trimbos-instituut: Utrecht, 2002

Brohm, R. *Polycentric Order in Organisations*. ERIM: Rotterdam, 2005

Buskermolen, F. & B. de la Parra. *Een wereld in beweging*. In: Buskermolen, F., de la Parra, B. & R. Slotman. R. H. *Het belang van competenties in organisaties*. Utrecht: Lemma, 1999

Busse, A. & Borromeo Ferri, R. Methodological reflections on a three step design combining observation, stimulated recall and interview. *ZDM Vol. 35 (6) p 257 – 264*, 2003

Butzlaff, R.L & J. M. Hooley. Expressed Emotion and Psychiatric Relapse. A Meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*. Vol.55, nr. 6, p547-55, 1998

C

Caracelli, V & J.C. Greene. Crafting Mixed-Method Evaluation Designs. *New Directions For Evaluation*. No.74, p19-32, 1997

Chinman, M.J., R. Rosenheck & J.A. Lam. The Case Management Relationship and Outcomes of Homeless Persons with Serious Mental Illness. *Psychiatric Services* 51(9): p1142-1147, 2000

Coenen, H.M.J. *Handelingsonderzoek als exemplarisch leren: een bijdrage aan de fundering van de methodologie van handelingsonderzoek*. Groningen: Konstapel, 1987

D

Dalrymple, T. *Life at the bottom: The worldview that Makes the Underclass*. Ivan Dee: Chicago, 2001

Dekker, P. *Vertrouwen in de overheid. Een verkenning van actuele literatuur en enquêtegegevens*. Universiteit van Tilburg, 2001

Doets, C. *Exemplarisch praktijkonderzoek. Suggesties voor een praktijkgerichte onderzoeksbenadering*. Amersfoort: de Horstink, 1982

Doornum, van der, A.A. & P.R.J. Simons. *Transfervermogen en instructie*, Instituut voor toegepaste Sociale Wetenschappen (ITS): Nijmegen, 1994.

Duyndam, J. *Zorg en generositeit*. In: Manschot H. & M. Verkerk (red.) *Ethiek van de zorg*. Amsterdam: Boom, p119-150, 1994

E

Elias, N. *Het civilisatieproces. Sociogenetische en psychogenetische onderzoeken*. Utrecht: Spectrum, 1982

Engbersen, R. Sociale activering. *Tijdschrift voor de sociale sector*, mei. Nummer 5, 1996

G

G4. *Kwetsbaarheid in de grote stad*. De gemeenten Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Den Haag en de aanbieders GGZ en verslavingszorg, Juli 2005

G4 A. Voogt, A. van Hemert, N. Mulder, J. Dietvorst, W. Mulder, J. Havenaar, C. Lipsch & J. Slegers (red.) *Niemand over de schutting*. De gemeenten Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Den Haag en de aanbieders GGZ en verslavingszorg, 2006

Gemeente Groningen. *De cirkel doorbroken, regiovisie maatschappelijke opvang en vrouwenopvang in Groningen*. OCSW: Gemeente Groningen, 2002

Gezondheidsraad. *Noodgedwongen*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2004; publicatie nr. 2004/10.

GGD Noord-Kennermerland. *OGGZ Nota 2004*. GGD Noord-Kennermerland, 2004

GGD Groningen. *Tussenrapportage OGGz samenwerkingsverband*. HVD/GGD Groningen, 2003

GGD Groningen. *Vangnet & Advies: eerste evaluatie*. HVD/GGD 1997

GGD Groningen. *Tweede evaluatie Vangnet & advies*. HVD/GGD Groningen, 1999

GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG. *Handreiking gegevensuitwisseling in het kader van bemoeizorg*, 2005

Giddens, A. *Central Problems in Social Theory: Action, Structure, and Contradiction in Social Analysis*. University of California Press 1979

Giddens, A. *The constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration*. Polity Press: Oxford, 1984

Giddens, A. *New Rules of Sociological Method: A Positive Critique of Interpretative Sociologies* (2nd edition), Stanford University Press, 1993

Giddens, A. *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford, CA: Stanford University Press, 1991

Giddens, A. *The Consequences of Modernity*. Polity Press / Basil Blackwell, Oxford, 1990

Giddens, A. *In Defence of Sociology*. Polity Press: Cambridge, 1996

Giddens, A. *Runaway World: How Globalization Is Reshaping Our Lives*. Routledge, 2000

Groot, de A.D. *Begrip van evalueren*. 's-Gravenhage: VUGA, 1986.

H

Habekotté, F. Werken volgens de agenda van de cliënt. *Systeemtherapie, Jaargang nr. 13, nr.3, september*, p 144-155, 2001

Haskell, R. E. *Transfer of Learning; Cognition, Instruction, and Reasoning*. London: Academic Press, 2001

- Have, ten P. *Sociologisch veldonderzoek*. Meppel: Boom, 1977
- Hendrix, H. (Red), *Handboek bemoeizorg. Je gaf niet thuis*, Riagg Nijmegen, 1998
- Henkelman, L. Stop de vermaatschappelijking. p29 – 31, *Psy nr. 5*, 2000
- Houten, van D. *De standaardmens voorbij. Over zorg, verzorgingsstaat en burgerschap*. Maarsen: Elsevier/De Tijdstroom, 1999
- Henselmans, H. *Bemoeizorg ongevraagde hulp voor psychotische patiënten*. Eburon: Delft 1993
- Hoff, S., G. Jehoel-Gijsbers & J.M. Wildeboer Schut. *De uitkering van de baan. Reïntegratie van uitkeringsontvangers: ontwikkelingen in de periode 1992 – 2002*. SCP, 2003.
- Hoof, van F., K. Geelen, S. van Rooijen, & J. van Weeghel. *Meedoen. Maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische handicaps. Monitorrapportage vermaatschappelijking*. Trimbos-instituut: Utrecht, 2004
- Houten, van D. *Systeem en zorg: over de professionaliteit van interventies*. Reeks Methodiekontwikkeling: concepten en trajecten. SWP: Utrecht, 1993
- Huxham, C. Theorizing Collaboration Practice. *Public Management Review*. Vol. 5 Issue 3, 401–423, 2003

I

- Illeris, K. *Three Dimensions of Learning. Contemporary learning theory in the tension field between the cognitive, the emotional and the social*. Kluwer Academic Publishers, 2004
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). *Deelrapport 'Van overlastbestrijding naar bemoeizorg; een onderzoek naar de kwaliteit van de ketenzorg voor zorgwekkende zorgmijders'*. IGZ, 2003
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). *Deelrapport 'De professionele uitvoering van de openbare gezondheidszorg is nog niet goed genoeg. Resultaten van het toezicht in 2003 - 2004 bij GGD'en en het toezicht bij de Jeugdgezondheidszorg 0- 4 jarigen'*, 2005
- Intagliata, J. Improving the quality of community care for the chronically disabled: The role of casemanagement. *Schizophrenia Bulletin*, 8 (4), 655-674, 1982

J

- Jacobs, D., Abts, K. Phale & M. Swyngedouw. *Verklaringen voor etnocentrisme. De rol van sociaal kapitaal, sociaal economische onzekerheid, sociale integratie en gevoelens van discriminatie*. IPSoM-bulletin (3), 2001
- Jansen, M, M. de Jonge & J. Pols. *De pijn, de prijs en de rekening*. In: Jansen, M, M. de Jonge & J. Pols. *Dwang in de psychiatrie: dilemma's, feiten, ervaringen en alternatieven*. Babylon-De Geus: Amsterdam, 1995
- Jehoel-Gijsbers, G. *Sociale uitsluiting in Nederland*, SCP- publicatie 17, SCP: Den Haag, 2004
- Jonge, M. *Wie zegt dat je onder leed moet lijden?* Stichting GGz Groningen, 2006
- Jeurissen, R. *Morele dialoog en morele complexiteit in organisaties*. In: Ende, T van den, H. Kunneman & I. Dubel. *Cosmetische humanisering*. Humanistic University Press, SWP: Amsterdam, 2005

K

Kal, D. *Kwartiermaken*. Boom: Amsterdam, 2001

Kamp, van der M. & J. D. Oostwoud Wijdenes. *Op zoek naar leerervaringen met het Learner Report*. In: L van der Kamp & M. van der Kamp (Eds.) *Methodologie van onderwijsresearch*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1982

Kegan, R *In Over Our heads. The Mental Demands of Modern Life*. Cambridge University Press: London, 1994

Kemp, R., P. Hayward, G. Applewhaite, B. Everitt & A. David, Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *BMJ*;312:345-349, 10 February 1996

Kip, R. De initiatiefnemers van competentieontwikkeling en employability, In: Glastra, F. & F. Meijers, *Een leven lang leren? Competentieontwikkeling in de informatiesamenleving*, 's-Gravenhage: Elsevier Bedrijfsinformatie, 2000

Klarus, R., Competenties ontwikkelen, In: P.W.J. Schramade, *Handboek Effectief Opleiden*, 's Gravenhage: Delwel, 2000

Kley, van der P. *Triangulatie: of hoe gebruik je verschillende methoden voor onderzoek van alledaagse interactieprocessen in schoolklassen?* In: L van der Kamp & M van der Kamp (Eds.) *Methodologie van onderwijsresearch*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1982

Korevaar, M.G., B. van Meijel, R.L.P. Berghmans & J.V. Boon. Bemoeizorg, maar bij welke vraag? *Tijdschrift voor ziekenverpleging*. Nr. 5, P44-47, 2006

Korthagen, F. Zin en onzin van competentiegericht opleiden. *VELON Tijdschrift voor Lerarenopleiders*, p 13 t/m 23 jrg 25(1) 2004

Kunneman, H. *Van theemutscultuur naar walkmanego. Contouren van postmoderne individualiteit*. Meppel: Boom, 1996

Kunneman, H. *Levenskunst en burgerschap in een technopolis*. Socrateslezing 1999. Zie ook: Kunneman, H. *Rede in verband met de opening van het academisch jaar*. Universiteit voor Humanistiek, 2002.

Kunneman, H. *Rede in verband met de opening van het academisch jaar*. Universiteit voor Humanistiek, 2002.

Kunneman H. *Voorbij het Dikke-ik. Bouwstenen voor een kritische humanisme*. Amsterdam, SWP, 2005

Kramer, P., W.A Anthony, E.S. Rogers, & W.A. Kennard. Another Way of Avoiding the 'Single Model Trap'. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(4), pag. 413 -415, 2003.

Kroon, H. *Groeiende zorg. Ontwikkeling van casemanagement*. Utrecht: NcGv, 1996

Krueger, R.A., & M.A. Casey. *Focus Groups: a practical guide for applied research*. Thousand Oaks: Sage Publication, 2000

Kuypers, P. & J. van der Lans. *Naar een modern paternalisme: over de noodzaak van sociaal beleid*. Amsterdam: de Balie, 1994

Kwekkeboom, R.M.H. *Zo gewoon mogelijk: een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: SCP, 2001

L

Laan, van der G. *Legitimatieproblemen in het maatschappelijk werk*. Utrecht: SWP, 1990

Laan, van der G. Een etiquette voor het maatschappelijk werk. *Tijdschrift voor Agologie*, nr. 4, p288 - 304, 1991

Laan, van der G. *Leren van gevallen*. SWP: Utrecht, 1995

Laan, van der G. Van geval tot geval. *Sociale Interventie*, nr. 2, p51 t/m 60, 1996.

Laan, van der G. *Wetenschap in praktijkkennis in het maatschappelijk werk: weten hoe te handelen*. In: Nijenhuis, H. (red.) *De lerende professie*. SWP: Utrecht, 1997

Laan, van der G. Je rekent de brandweer toch ook niet af op het aantal gebluste branden. *Deviant* nr. 18, p 24 t/m 27, 1998

Laan, van der G. Hulpverlening in de marge. Enige werkzame bestanddelen van methodisch handelen. *Sociale Interventie* nummer 1, p22 – 34, 2000

Laan, van der G. Burgerschap: een kwestie van sturen en gestuurd worden. *Nieuwsbrief Innova Jaargang 2*, p4 - 6. Uitgave: Fontys Hogeschool Eindhoven nr. 6, maart 2001.

Laan, van der G. Presentie als ingebedde interventie. *Sociale interventie*, nr. 2, p68 – 75, 2003

Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid. *Zorg van velen*. Min v. VWS, 2002

Lans, van der J. De zachte sector is hard geworden. *Vrij Nederland*, p 4 – 6, 2004

Lans, van der J., N. Medema & M. Rakers, *Bemoeien werkt*. De Balie: Amsterdam, 2003

Lindt, van der S. *Bemoei je ermee ! Leidraad voor assertieve psychiatrische hulp aan zorgmijders*. Van Gorcum: Assen, 2000

Lohuis, G., R. Schilperoort & W. Willemse. Het vangnet van de (o)GGZ ? Project Vangnet en Advies te Groningen. *SP* nr 50, p15 t/m 21, maart 1998

Lohuis, G., W. Schulte & F. Jongsma. Opvang van dak- en thuisloze in de stad Groningen, *MGV*, nr. 4, p379 t/m 387, 1998

Lohuis, G. *Begeleiding als grenzenstellend proces*. In: Polstra, L. (red.) *Dwangpreventie*. Uitgave Vakgroep Andragogie: Rijksuniversiteit Groningen, 1998

Lohuis, G., R. Schilperoort & G. Schout. *Van bemoei- naar groeizorg: methodieken voor de OGGz*. Wolters-Noordhoff: Groningen, 2000, 2003

Lubbe van der P., J. Wolf, M. Thuijs & D. Olthof. *Trajectmatig werken in de Verslavingszorg: een eerste verkenning*. Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid / Trimbos-instituut. Utrecht: GGZ-Nederland, juni 2001

Luhmann, N. *Formen des Helfens im Wandel gesellschaftlicher Bedingungen*. In: H.U. Otto & S. Schneider. 'Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit. Luchterhand: Darmstadt, 1973

Luhmann, N. *Soziale Systeme; Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Suhrkamp: Frankfurt, 1984

Luyten, M. De burger heeft het verbruid. *De Volkskrant*, 15 november 2003

M

- Macaulay C. *Transfer of learning* In: Cree, V.E. & C. Macaulay. *Transfer of learning in professional and vocational education*. London: Routledge, 2000
- MacIntyre, A. *After Virtue*. Duckworth: London, 1985
- MacIntyre, A. *Dependent rational animals: why human beings need the virtues*. Duckworth, Londen 1999.
- Maehl, W.H. *Lifelong Learning at its Best. Innovative Practices in Adult Credit Programs*. Jossey-Bass Publ.: San Francisco, 2000
- Manschot, H. Als een vriend. Enkele filosofische kanttekeningen bij de mensvisie van de presentietheorie en de betekenis daarvan voor de 'mensgerichte beroepen'. *Sociale Interventie*, nr. 2, p33 – 39, 2003
- McDermott, R. Learning Across Teams. How to build communities of practice in team organizations. *Knowledge Management Review*, Issue 8, May/June, p32 - 38, 1999
- Merriënboer e.a. geciteerd in Klarus, R., *Competenties ontwikkelen*. In: P.W.J. Scramade, *Handboek Effectief Opleiden*, 's Gravenhage: Delwel, 2000
- Merton, R.K. *Social Theory and Social Structure (revised and enlarged edition)*. Free Press: New York, 1964
- Meurs, P. (red.) *Regionale samenwerking in de GGZ: hoe verder?* NcGv: Utrecht, 1987
- Miles, M.B. & A.M. Huberman. *Qualitative Data Analysis*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994
- Miller, R. & S. Rollnick *Motivational Interviewing; preparing people to change addictive behaviour*. Guilford Press: New York/ London 1991, 2002
- Ministerie van VWS. Brief staatsecretaris Clémence Ross-van Dorp aan de tweede kamer, kenmerk GVM 2544696 *Plan van aanpak verloedering en overlast 2005-2007*
- Ministerie van Justitie. Privé Geweld – Publieke Zaak. Voortgangsbericht over de aanpak van huiselijk geweld. Min.v.Justitie, 2003
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. *Onder andere: geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief*. Staatsuitgeverij: 's-Gravenhage, 1992
- Ministerie van VWS. Kamerstuk 6-6-2005 (DLB 2588802)
- Ministerie van VWS. *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid*. Tweede Kamer, 1983/84
- Minuchin, S. *Gezinstherapie. Analyse van gezinsstructuur en gezinstherapie*. Spectrum: Utrecht 1973
- Mulder, F. & K. Smeets, *Versterking OGGZ-beleid in gemeenten. Een gemeentelijk perspectief*. VNG uitgeverij: 's-Gravenhage, 2001
- Musschenga, B. Empirische ethiek: contextsensitiviteit of contextualiteit. *Ethische Perspectieven*, Maart nummer 1, p27- 41, 2004
- Muijen, van M. & J. Kriens. *Interventieteams: een blik achter de voordeur*. Notitie & vragen rondom interventieteams. Gemeente Rotterdam, 2003

N

Nauta, L. *De teloorgang van het grote verhaal*. in: L. Veendrinck & J. Zeelen (red.) *De toekomst van de sociale interventie*. Wolters-Noordhoff: Groningen, 1994

Neale, M.S. & R. A. Rosenheck. *Therapeutic Limit Setting in an Assertive Community Treatment Program*. *Psychiatric Services*, Vol. 51 No. 4 p499 - 505, April 2000.

Noorlander, E. *Psychiatrie en verslaving. Waar zitten hem nu eigenlijk de knelpunten?* In: Polstra, L., H. Bosma & M. de Jonge. *Dubbel en dwars*. AVG: Groningen, 1999

Noorlander, E. *Wat doen we met alcoholisten?* In: Lohuis, G., L.Polstra & G. Schout. *Creativiteit in knellende omstandigheden*. SWP:Amsterdam, 2004

Nooteboom, B. *Vertrouwen. Vormen, grondslagen, gebruik en gebreken van vertrouwen*. Academic Service: Schoonhoven, 2002

Nonaka, I & H. Takeuchi. *De kenniscreërende onderneming*. Scriptum, 2005

P

Passas, N. & R. Agnew. *The Future of Anomy Theory*. North Eastern University Press: Boston, 1997

Paulle, B. *Anxiety and Intimidation in the Bronx and the Bijlmer*. Amsterdam: Dutch University Press, 2005

Pessers, D. *Liefde, solidariteit en recht. Een interdisciplinair onderzoek naar het wederkerigheidsbeginsel*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 1999

Petry, D. *Onderweg. Een trialogische biografie*. Stichting Onderweg: Maastricht, 2005.

Petry, D & M. Nuy *De ontmaskering terugkeer van het eigen gelaat van mensen met chronisch psychische beperkingen*. SWP: Amsterdam, 1997

Polstra, L. *Tussen isolement en integratie*. SWP: Utrecht, 1997

Polstra, L. en P. Baart: *Zorg & Coördinatie*. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1994

Polstra, L & G. Schout. *Evaluatie van de OGGz in de gemeente Groningen*. SoZaWe: Groningen, 2005

Polstra, L & G. Schout. *Huis aan huis. Evaluatie van de Interventieteams Beijum-Oost*. SoZaWe: Groningen, 2006

Polanyi, M. *The Tacit Dimension*. Routlegde Ltd.: London, 1967

Polanyi, M. *Knowing and Being*. The University of Chicago Press: Chicago, 1969

Post, D. *De zorg is ziek. Het goede leven, deel 1 en 2 p4 - 7*, 2004

Portes, A. *Social Capital, its origins and applications in modern sociology. Annual Review of Sociology*, 24: p1 - 24, 1998

R

Raad voor Volksgezondheid en Zorg. *Beter (z)onder dwang?* Zoetermeer, 1997.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. *Kwetsbaar in het kwadraat: krachtige steun voor kwetsbare mensen*. Den Haag: SDU, 2001

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. *Verschil maken. Eigen verantwoordelijkheid na de verzorgingsstaat*. SWP: Amsterdam, 2006

Reijneveld, S.A. & A.H. Schene. Higher prevalence of mental disorders in socioeconomically deprived urban areas in The Netherlands: community or personal disadvantage? *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 52, 2-7, 1998

Rosenheck, R.A. & M. S. Neale, Therapeutic Limit Setting and Six-Month Outcomes in a Veterans Affairs Assertive Community Treatment Program, *Psychiatric Services*. Vol. 55 No. 2, p139 – 144, 2004

Ruiter, M., E. Bohlmeijer & J. Blekman. *Derde gids Preventie van psychische stoornissen en verslavingen. Thema Openbare Geestelijke Gezondheidszorg*. Trimbos-instituut: Utrecht, 2005

Russell, B. H. *Research Methods in Anthropology. Qualitative and Quantitative approaches*. Alta Mira Press, Walnut Creek, 2002

S

Schatzman, L & A.L. Strauss. *Field research. Strategies for a Natural Sociology*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1997

Schepers, S.M. *Leertraject OGGz onder de loep*. Doctoraalscriptie, Rijksuniversiteit: Groningen, 2004

Schepers, S., G. Schout & M. van der Kamp. Leren in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz). *Onderwijs & Gezondheidszorg*, nr. 2, p20 t/m 24, maart 2005

Schilperoort, R. & C. Dijkslag: *Mijn buurman is gek*, Passage jrg. V nr. 3, 1996

Schön, D.A. *The reflective practitioner*. Basic Book: New York, 1983

Schout, G. *De proceskant van Vangnet & advies*. GGD Hulpverleningsdienst: Groningen, 1998.

Schout, G. Tussen deskundologie en bondgenootschap. Een verkenning van uitgangspunten voor methodiekontwikkeling in de (sociaal) psychiatrische verpleegkunde. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, p269 - 283, 1999

Schout, G. Verplegen in een vermaatschappelijkte GGZ. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, nr.9 p288 - 292, 1999

Schout, G., G. Lohuis & R. Schilperoort. Onderwijs in nabijheid. *Onderwijs & Gezondheidszorg*. Nr. 5, p10 – 13, september 2002

Schout, G. *Aard, omvang en kwaliteit van de OGGz in Drenthe*. Vereniging Drentse Gemeenten: Westerbork, 2003

Schout, G. *Een monitor voor de OGGz, een hulpmiddel voor de gemeente*. In: Lohuis, G. & L. Polstra. De vele gezichten van een gedeelde werkelijkheid. Utrecht: SWP, 2003

Schout, G. Stop de zorgverlamming. *G - Vakblad voor gezondheid en maatschappij* nr. 1, p30 - 31, 2004

Schout, G. *Eindrapport Bestrijden en voorkomen van woonoverlast in de gemeente Hoogezand-Sappemeer*. Gemeente Hoogezand-Sappemeer / OvZO, 2004

Schout, G. *Zorgvermijding en zorgverlamming. Een analyse met behulp van de begrippen anomie en vervreemding* In: Lohuis, G, L. Polstra & G. Schout. Creativiteit in knellende omstandigheden. p17 - 28. SWP: Amsterdam, 2004.

- Schout, G., S. Schepers & M. van der Kamp. Naar Communities of Practice in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. Over leren in een interorganisationeel netwerk. *Sociale Interventie*, nr. 1, p5 - 12, 2005
- Schout, G., C. Drost & F. Jongsma. *Van pech onderweg naar permanente support. Naar een OGGz zonder breukvlakken*. VNG, 2006
- Schuyt, Th.N.M. & M. Steketee. *Zorgethiek: ruimte binnen regels*. SWP: Amsterdam, 1998
- Schuyt, C.J.M. *De productie en de reductie van bureaucratische onverschilligheid*. Lezing Juristen Fonds Personae Miserales, 1994
- Schuyt, C.J.M. *Tegendraadse werkingen Sociologische opstellen over de onvoorziene gevolgen van verzorging en verzekering*. Amsterdam University Press, 1995
- Schuyt, C.J.M. & C.A. Voorham, *Sociale uitsluiting*. SWP, 2000
- Shepherd, M. In: Watts, F.N. & D.H. Bennett. *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*. John Wiley & Sons: London, 1991
- Slooff C.J., M.T. Appelo, M. Berkenbosch & J.W. Louwerens. *Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, deel I*. Assen: van Gorcum / Projectenprogramma Woonrevalidatie, 1994a.
- Slooff C.J., M.T. Appelo, M. Berkenbosch & J.W. Louwerens. *Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, deel II*. Assen: van Gorcum/ Projectenprogramma Woonrevalidatie, 1994b
- Sowers, W. Transforming Systems of Care: The American Association of Community Psychiatrists Guidelines for Recovery Oriented Services in Community Mental Health Systems. *Community Mental Health Journal*, Vol.41, Nr. 6, p 757 – 774, 2005
- Spencer, L.M., & S.M. Spencer. *Competence at work. Models for superior performance*. New York: Wiley & Sons, 1993
- Srole, L. Social Integration and Certain Corollaries: An Explanatory Study. *American Sociological Review*, Vol. 21 p 709 – 716, 1956
- Stein, L. en Santos, A., *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*,. Norton & Company, New York, 1998
- Sternberg, R. J., & J. A. Horvath eds. *Tacit Knowledge in Professional Practice. Researcher and Practitioner Perspectives*. Mahway, NJ: Lawrence Erlbaum, 1999.
- Sternberg, R. J., Forsythe, G. B., Hedlund, J., Horvath, J. A., Wagner, R. K., Williams, W. M., Snook, S. A., & Grigorenko, E. L. *Practical intelligence in everyday life*. New York: Cambridge University Press, 2000
- Strien, van P.J. *Praktijk als wetenschap*. Van Gorcum: Assen, 1987
- Swanborn, A. *Methoden van sociaal- wetenschappelijk onderzoek. Inleiding in ontwerpstrategieën*. Boom: Meppel, 1984

T

Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg. *Erbij horen*. Amsterdam: 2002

Thijssen, J.G.L. & M.D. den Ouden, Betekenis en werking van transfer. In: J.J. Peters, *Gids voor de opleidingspraktijk*. Deventer: Van Loghum Slaterus, afl. 7, 1990

Tillema, H. Gericht werken met competenties in de opleiding. *VELON Tijdschrift voor Lerarenopleiders* jrg 25 (2), 2004

V

Veldhuizen, van R. Zorgverlamming. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, nr. 12, p 1175 – 1185, 1998

Verbraak, C Desnoods door de brievenbus. Chronisch radeloos in Groningen. *Vrij Nederland* 21 september, nr 38, p42 - 47, 1996

Vereniging Nederlands Gemeenten. *Convenant openbare geestelijke gezondheidszorg. Een handreiking ter opstelling van een lokaal of regionaal convenant OGGz*. Den Haag: VNG, 2002

Vereniging Nederlands Gemeenten. *Rapport van de Landelijke Werkgroep Openbare Geestelijke Gezondheidszorg*. VNG, 2000

Visscher-Voerman, J.I.A. *Design Approaches in Training and Education: A reconstructive study*. Doctoral dissertation, University of Twente: Enschede, 1999

Visser, E. Eerst ontsporen dan pas hulp. *Volkskrant* 20 maart, p17, 2004

W

Walsham, G. *Knowledge Management Systems: Action and Representation*. Judge Institute of Management Cambridge University: Cambridge, 2004

Wennink, H.J. *De ongelukkige relatie tussen maatschappij en geestelijke gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier/ De tijdstroom, 1999

Weeghel, van J. *ACT en rehabilitatie: twaalf manieren om een belofte in te lossen*. In: Mulder, C.L. & H. Kroon. *Assertive Community Treatment*. CCP: Nijmegen, 2005

Weggeman, M. *Kennismanagement: de praktijk*. Scriptum, 2000

Wenger, E. *Community of practice. Learning, meaning and identity*. Cambridge: University Press, 1998

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam University Press, Amsterdam 2004

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. *Vertrouwen in de buurt*. Amsterdam University Press, Amsterdam 2006

Wilson, T.D. *Strangers to ourselves: discovering the adaptive unconscious*. Cambridge (VS): Harvard University Press, 2002

Wolf, J. *Oude bekenden van de psychiatrie*. SWP: Utrecht, 1990

Wolf, M. Thuijls & D. Olthof. *Trajectmatig werken in de Verslavingszorg: een eerste verkenning*. Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid/Trimbos-instituut/GGZ-Nederland, juni 2001

Wolf, J., M. Planije & M. Thuijls. *Case management voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen*. *Handboek Verslaving*, december 2003

Wolf, J., M. Zwikker, S. Nicholas, H. van Bakel, D. Reinking & I. van Leiden. *Op achterstand. Een onderzoek naar mensen in de marge van Den Haag*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2002

J. Wolf, M. Zwikker, S. Nicholas, H. van Bakel, D. Reining & I. van Leiden. *Verkommerden en verloederden*. Trimbos-instituut. Utrecht, 2002

Wolf, J. *Een kwestie van uitburgering*. Amsterdam: SWP, 2002

World Health Organisation (WHO). *Sustainable development and health: Concepts, principles and framework for action for European cities and towns*. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen 1997

Z

Zijderveld, A.C. *The Institutional Imperative, the Interface of Institutions and Networks*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2000

SUMMARY

Professionals in the Public Mental Health Care (PMHC) are confronted with clients who avoid the care they need. This thesis is addressed to the competences and organisational conditions that professionals need for the work with clients who avoid the care they need, and for that matter are helped within the PMHC. Involuntary aid is value laden and complex kind of work. The essence of this work is to make contact, generate trust and to attain motivation for assistance.

In *chapter one* is explained what social problem underpins this thesis. Professionals who are operative in local care networks within the PMHC have been trained for a profession as a police constable, a social worker, a mental health nurse or a housing consultant. These professionals work within organisations with a well defined and specific mission. The practice of the PMHC asks however for an integrated and broad approach. Moreover caregivers and service providers have not been prepared in their professional education to work with clients who avoid the care they need, whereas their complex problems asks for particular expertise. There is little knowledge, especially empirical based knowledge, on how care avoidance en care paralysis interact and under what kind of conditions these phenomena occur, let alone how these phenomena diminish.

Three research questions have been established for this dissertation:

- Which competences puts professionals in the PMHC in the position to push back care avoidance and care paralysis?
- Which conditions enables this reduction to occur?
- What is the form and content of an educational program that enables professionals to learn these competences?

The purpose of *chapter two*, is to gain insight in the phenomena of care avoidance and care paralysis. With the help of the two sociological concepts 'anomia' and 'alienation', it is explained how these two phenomena interact. The avoidance of care seems to coincides with a general mistrust of PMHC-clients in society and the institutions within it. Clients for their part can call for such aversion that self fulfilling prophecies ('I told you, they never do something for you') are provoked which subsequently reinforce the world view that society or the assistance is good for nothing. These negative self fulfilling prophecies are nourished and repeatedly provoked and culminate into an unshakeable world view. A world view which must keep on distance the feelings of uncertainty and chaos that accompanies the lives of these people.

This process of rejection of the average society, the institutions and the services of care givers, can be reinforced by care givers who present themselves insensitively and bureaucratically. This insensibility is related in this chapter with the fragmentation, differentiation, rationalisation, myopia³⁰⁰ and decontextualisation of services within healthcare, public well-being, housing and public security.

Organisations in this field of action have been powdered with protocols, directives, thresholds, indications and counter-indications that restrict the discretionary space of professionals. The alienation - or in the words of Bauman 'the deconstruction of moral personality', or in the words of Schuyt 'bureaucratic indifference' - can be observed in shifting behaviour, the unnecessary referring of 'cumbersome clients', procedural behaviour and insensitiveness for the needs of people. When alienation processes of professionals and anomic processes of clients meet in assistance situations, there a mixture of self fulfilling prophecies arises ('you see, this client is not motivated' and on the other hand 'I told you, the assistance is good for nothing'), that end up in the avoidance of care and care paralysis.

In *chapter three* with the help of Giddens' Structuration Theory structures, resources and conditions which can minimize care avoidance and care paralysis, are described. Care avoidance and care paralysis cannot thrive in the presence of six conditions:

The first condition refers to the *proximity between the local population and care facilities*. Conditions where care avoidance and care paralysis are pushed back, are conditions where signals of deprivation and nuisance from the local population find their way easily to the facilities (like housing association, social work, police, mental health care, addiction care, credit services, the municipality).

This implies that the local population knows how to reach the facilities and that the population trusts that their signals are picked up and that their concerns are taken seriously. This implies also a small-scale service level so that key figures from the local population and professionals of the care facilities can axially know each other. In this way a history of trust and cooperation can develop. If this trust is strong, then key figures from the local population and bystanders dare to get involved with socially vulnerable people. Knowing that the care assistance is contactable, the actors dare to play a role in supervision and informal support. The inverse unfortunately also. A couple of incidents in which signals of nuisance or deprivation in a community are not picked up, can produce a situation of

³⁰⁰ The phenomenon that organisations can become caught up in and carried away by their own rhetoric and perceptions.

aloofness, low response, and bureaucratic elaboration. The loss of trust goes without further ado, regaining it is hard labour.

The second condition: a *network wherein signals (of nuisance or deprivation) and actions can be linked*. Achieving progress in pushing back deprivation or nuisance is in a particular manner dependent of the collaboration with other facilities in the this field of action. Mutual support and collaboration does not occur straight off or without reason. More strongly still, the aims and participation structure of local care networks change quickly. The replacement of participants and objectives can hinder a confidential association within the local care network. Chapter three also has shown however that when a local care network achieves results, this generates new ambitions and new mutually trust. This mutual trust is promoted by a third condition: *agreements that enables continuity and the origination of routines*. If there are agreements concerning the commitment of employees of several facilities in a local care network, when moreover a coordinator is designated, then continuity of care can emerge. Nevertheless the PMHC is a turbulent and instable environment. Giddens has pointed out the importance of routines in the occurrence of basic security in social practices. A permanent coordinator, a fixed agenda, a regular meeting room can contribute to the aimed basic security.

Discretionary space for professionals to develop initiatives is a fourth condition. Creativity arises when professionals feel free to make contact with key figures in the local population, to convene meetings with colleagues from other facilities, to spent time to their own insights. This creativity is necessary because the work with PMHC-clients requires unorthodox methods. In this book examples have been brought forward where professionals pass by in the evening at someone's home address, or to firstly lay contact by means of the mail box, or to organise things that do not fit in the traditional standards or formalities of the facilities. In this dissertation professionals are portrayed who not only get this freedom, but partly also take it; if necessary they rumble with rules and create discretionary space. *Commitment of medical facilities and other organisations with the PMHC* is a fifth condition. PMHC-clients have problems and needs that exceeds the capacity of single organisations. Without commitment of these organisations in a joined network individual professionals can get bogged down in the complex care. In order to prevent this to happen agreements concerning the cooperation of different organisations are necessary. Agreements concerning managerial supervision, the assignment of employees, coordination, a meeting room, the aims of the local network and the recording of client data. If agreements are not materialized then a risk arises that

professionals in the PMHC burn down because there is a constant call for creativity and pioneer spirit, while reification fails to appear.

The last and sixth condition is less tangible, *a normative framework*. Settings where care avoidance and care paralysis get no headway are settings where there is a taboo on indifference, where executives and professionals avoid gaps in the continuity of care (unnecessary referrals and unnecessary allocation of clients, fragmentation) and when there is a strong desire that citizens get access to care. These settings tend to link up with innovative practices elsewhere. Ideas are picked up and provide new pulses and inspiration, supply components for this normative framework. The PMHC practice in Groningen that we closely studied (see chapter 5) is linked to an international system of practice development and is also linked to traditions wherein a taboo arises on 'the right to rot', on indifference, on aloofness. The normative framework resembles to what MacIntyre points out as a 'practice'. By 'practice' he refers to a group of people aiming for excellence, guided by virtues, building traditions. Doing so, deep rooted desires are channelled.

The continuous transformation of structures in the PMHC implies that professionals need to have at one's disposal a certain amount of creativity and self initiated behaviour, the capacity to tap natural resources and to create a network.

What competences are and how the concept is defined is examined in *Chapter four*. By means of the 'iceberg structure', a model of Van Berghenhenegouwen et al, the different components of competences are explained. Guiding principle for this chapter is the question how competences of professionals can be made explicit. The work of Polanyi, Schön and Giddens indicates the importance of so-called 'tacit knowledge', and the strong determinative character of this type of knowledge in social practices. Personal properties seem vital in the work with PMHC-clients. For that matter the strong determinative character of the so called 'second nature' is also examined. These tacit properties of which one is unaware affect the way professionals make contact with clients. The analysis of the work of these three researchers shows that the tacit knowledge of professionals can be dug up if they are questioned about their considerations and their underlying ideas. This is possible by encouraging them to express illuminations, hunches and clues. Digging up and describing tacit and discursive knowledge is part of the methodology in the study represented in chapter five.

In *chapter five* the findings of a developmental research are reported. A PMHC practice in Groningen, and within this practice two professionals who seem to make easily contact and establish relationships with 'difficult' clients, were intensely studied. Competences and

organisational conditions that offers prospects for professionals in the PMHC to establish trust and initiative – the opposite of care avoidance and care paralysis - were described.

In the empirical study several crucial competencies emerged: a mix of professional knowledge, intermediate skills, moral orientations and personal properties that makes it possible to generate upward spirals of cooperation and trust with PMHC-clients. These competences can be summarised as follows:

- The capacity to make contact and build a relation with clients who seem to avoid this.
- The capacity to ensure cooperation, continuity and harmonisation in the ordered care, given a supply-led context.
- The capacity to induce motivation by clients and to invite cooperation.
- The capacity to push back vulnerability by reinforcing social networks around clients.
- The capacity to utilize the opportunities that exist between voluntary aid and coercion.
- The capacity to intervene in a crisis and the capacity to anticipate with the clients system on (early) signs of relapse in the future.
- The capacity to establish long-term relationships with clients who need long lasting guidance and to offer them opportunities for attachment and identity development.

In this chapter it has been made plausible that these upward spirals of cooperation and trust can be initiated more easily by professionals who are willing to meet needs without necessarily expecting much in return.

The findings in this chapter show that the following competences are important in minimizing care paralysis:

- The capacity to involve other professionals in the care. This implies the capacity to build and maintain a network.
- The capacity to reflect on the organisational conditions in their own municipality and, in the terms of Giddens, the capacity to transform structures by meaning and attribution. This includes the capacity to create relationships of benevolence and reciprocity between institutions and professionals.
- The capacity to help professionals and institutions to keep an eye on PMHC clients themselves, and doing this with tact and diplomacy.

These competencies reflect a working method – a way of doing - that is neither new or renewing. The working method refers in all sorts of ways to the work of others researchers. It is the manner in which this working method takes shape in this practice, that enables these professionals to push back care avoidance and care paralysis. The essence of this manner is determent by the capacity to established contact from a starting point of acceptance.

Giddens points out that by means of attribution and meaning new structures, new expectations and new behaviour can arise: small progress can be valued by attentiveness and redefinition; hostile behaviour can be viewed as an attempt to allay fear etc. Professionals who take into account a lack of competences of clients, who instead of projecting goals and demands, try to make contact from a starting point of acceptance what is there (in terms of competences, resources), have a chance to succeed in it. The attribution of meaning and the redefining of structures originate from this substantive vision.

The research material makes it plausible that a number of personal properties are constitutional for this working method: a certain amount of compassion, loyalty, involvement, tenacity, a critical attitude to the mainstream, flexibility, optimism, diplomacy, patience, creativity, a certain degree of immunity to stress, altruism. Not every professional has all these properties (continuously) at his or hers disposal. The capacity to reflect on (the lack of) these properties is therefore vital. The enumeration of these properties can not be conceived as an exhaustive and clear-cut recital, and it is certain no profile of a prototype professional. These competences cannot flourish without the presence of the six conditions described in chapter 3.

From these competencies topics, learning goals and skills for a educational programme are derived. This educational programme was subjected to an evaluation research. *Chapter six* reflects on three shortcomings in the educational program. These shortcomings are: the goals were insufficiently relevant and too little defying for all participants; three projected goals concerning developmental aspects in the work with clients were not met; in two of the four evaluated cases changes were made in the programme in order to deal with tensions in the teams. This calls for a question: has the programme been sufficiently tailored to the different contexts and regional circumstances of the participants?

The first issue addresses the lack of ways to link up with the participants. The participants were confronted with learning goals that were formulated in advance and by others, there was indeed space for priorities and negotiation, but within limits. Putting learning objectives on the agenda obstructed the formulating of their own ambitions. Whereas personal properties like self initiating behaviour is crucial for the PMHC, docility was provoked. The second issue addresses the lack of developmental qualities in the observed performance of the participants. Different aspects that hinder the developmental aspects in the work of the participants with their clients are explored. The deficiencies in these aspects are explained by a complex of dissimilar factors as: a basic ambivalence concerning the mission of the PMHC (casefinding versus developmental tasks); due to the rise of the PMHC, distance

arises between clients and regular service providers; service providers have not been equipped for PMHC-clients; but also the laborious combination of two professional attitudes which we have indicated as 'to anticipate' and 'to determinate'.

The third issue discusses the need for teambuilding that occurred during the educational program. The participants of this educational programme, all members of local care networks in the PMHC, originate from various organisations and professions. They all have constructed their knowledge in different settings and therefore have a relatively large cognitive distance to each other. Sharing little cognitive categories can become an unbridgeable gap, that hinders mutual understanding. At the time the educational programme was projected was not foreseen that teambuilding - establishing mutual trust, establishing shared cognitive categories - would appear to be such an important component of the educational programme. In this chapter it is demonstrated that for future educational programmes in the PMHC, but also for other educational programmes where inter-organisational networks are involved, Wenger's theory of communities of practice offers prospects for the development of a shared practice and with that the reduction of cognitive distance. Wenger's theory does refer to the building of traditions but does not point out the content of normative claims or defines what is 'good' to strive for. Because of the value laden aspects of involuntary aid Wenger's theory is completed with MacIntyre's moral theory.

Although there is critique, the evaluated programme facilitates that caregivers look further than their own profession and organisation. The educational programme offered opportunities to exchange ideas and gain insight into the visions and working methods of other professionals of other organisations. The educational programme makes it also possible that the participants hold less strongly to procedures and rules of their own institution and are more tended to offer integrated aid. The outcomes indicate that learning goals which are not aimed (improvement of the collaboration) and side objectives (cognitive flexibility) are attained. In view of the critique, an educational programme that generates trust and initiative links up with personal and local learning needs, examines and improves mutual cooperation within the local network, examines and improves the cooperation with the local society and the cooperation with other services, examines and improves ways to combine referring and allocation of clients with developmental aspects of care.

An ideal learning program therefore is open, flexible and offers opportunities to reflect on personal properties and on local conditions. It creates in other words conditions for a normative practice and normative professionalism. Ideally an educational program starts up

a perpetual motion where routines and dispositions are brought to a reflexive level, resulting in a practice where redefinitions en meanings are reproduced that generate trust and initiative.

Chapter seven sums up the outcomes of this study. A practical theory is presented that seeks to understand the production and reduction of care avoidance and care paralysis. Central theses is that care avoidance is accelerated by care paralyses. Certain professionals and certain conditions however generate trust and initiative. These professionals and these practices, which we pointed out as normative practices and normative professionals, are guarded for moral blunders by striving for excellence, by virtues, by building on traditions. From this view competencies are no individual matter anymore, but a condition which offers the opportunity for professionals to seek *the right mix* in applying the personal properties which we found in chapter 5. These personal properties are virtues that have a long tradition of divergent applications in the past.

detachment	compassion	identification
aloofness	fidelity	symbiosis
neutrality	involvement	fanatism
defeatist	tenacious	harping on
obedient	critically with respect to the mainstream	rebellious
rigid	flexibility	lenient
pessimism	optimism	uncritical, euphoric
awkward	diplomatic	strategic
impatience	patience	lethargy
predictable	creativity	thoughtlessness
tired	stress resistant	beyond run themselves
selfishness	altruism	ignore themselves

Finally

The aim of this thesis is to understand the dynamics that bring forth the production and reduction of care avoidance and care paralysis. In this book the avoidance of care is explained as an ultimate attempt to get control on an existence that seems aimless and unpredictable. Where PMHC clients have a need for quick, practical and integrated aid of

involved care workers, they meet more than once persons who have little discretionary latitude to develop initiatives, who stick to rules, procedures and waiting lists, and moreover have little motives to help clients who only partly have problems in the field of the institution where they work.

Some professionals do succeed however in making contact, in establishing relationships, and minimize the avoidance and the paralysis of care. These persons seem to have empathic capacities and deep rooted personal properties which are analysed in this thesis. These professionals are able to create space wherein socially vulnerable people can articulate their perspective. These competences do not occur by itself, they can develop under conditions that we have indicated as a normative practice.

Stellingen

1. De OGGz dankt zijn bestaansrecht aan een gemankeerde burgerschapsopvatting.
2. De betrokkenheid van voorzieningen bij de OGGz wordt bemoeilijkt door een actief vangnet.
3. HKZ certificering in de OGGz staat het realiseren van deugdelijke praktijken in de weg.
4. Een ideale OGGz is overbodig, is vervangen door een zorgzame cultuur, door zorgzame professionals die werken in deugdelijke praktijken.
5. Zorgvermijding en zorgverlamming veronderstellen elkaar, verwijzen naar elkaar en roepen elkaar op.
6. Een cruciale competentie van hulpverleners in de (O)GGz: het vermogen om te zien hoe groot kleine stappen zijn.
7. Ketenzorg is populair, ook in de OGGz. Macramézorg verdient echter de voorkeur.
8. Zorgvermijding kan gezien worden als een geslaagde poging om zichzelf te behoeden voor een valpartij van de ladder die omhoog wijst naar opwaartse mobiliteit.
9. Op doelmatigheid en productiviteit gerichte bureaucratieën produceren middelmatigheid en afzijdigheid. Voor deugdelijke praktijken is het beste niet goed genoeg.
10. Therapietrouw is een vorm van vervreemding.

Onderdelen, doelen en verantwoordelijkheden in de OGGZ

Onderdeel	Doel	Primair verantwoordelijken
Samenwerkingsverband: <ul style="list-style-type: none"> • politiek-bestuurlijk • uitvoering • financiering 	<ul style="list-style-type: none"> • Invulling regionale/lokale (keten)verantwoordelijkheid • Coördinatie van hulpverlening en projecten • Inzet middelen GGD, Maatschappelijke Opvang en RIAGG voor OGGZ 	<ul style="list-style-type: none"> • Overheid, zorgverzekeraars, uitvoerders en signaleerders • Kernpartners zijn GGD, RIAGG en Maatschappelijke Opvang • Overheid en zorgverzekeraars
Crisisopvang / acute zorg	Crisisinterventie en crisisopvang	7 X 24-uursdienst RIAGG en crisisopvangcentra (o.a. Maatschappelijke opvang)
Bemoeizorg	Bereiken van individuen / risicogroepen die zelf niet om hulp vragen	GGD, RIAGG en Maatschappelijke Opvang
Dak- en thuislozenzorg	Opvang van dak- en thuislozen (bed, brood en bad), bevorderen uitstroom en beperken instroom	Maatschappelijke opvang
Preventie	Preventieprogramma's gericht op beïnvloeding van risicofactoren (onder meer gedragsverandering van groepen mensen met een verhoogd risico)	GGD en RIAGG i.s.m. andere organisaties
Sociale kaart	Inzicht bieden in OGGZ aanbieders/activiteiten/adressen/plaatsen	GGD
Rampenplan (psychosociale hulpverlening na rampen)	Coördinatie, aansturing en uitvoering OGGZ-activiteiten bij calamiteiten	GGD (coördinatie) en GGZ (uitvoering)
Signalering en beleidsadvisering	Monitoren van aspecten van OGGZ m.b.v. epidemiologie, registratie, etc. Op basis hiervan advisering aan overheden	GGD
Consultatie tussen OGGZ-partners onderling	Advisering OGGZ-uitvoerders	GGD, Maatschappelijke Opvang en RIAGG

Uit: Beleidsbrief OGGZ. Ministerie VWS, 1997

71 Activiteiten van hulpverleners van het Vangnet & Adviesteam geordend volgens Intagliatia

CATEGORIE	ACTIVITEIT
Assesment	<p>contact maken, via burens, praten via de brievenbus, via brieven</p> <p>tonen van empathie</p> <p>underdog 'spelen'</p> <p>invoegen, mimiek afstemmen, rituelen en taalgebruik afstemmen op cliënt</p> <p>navragen wat er aan de hand is</p> <p>navragen wat men wil</p> <p>navragen hoe het feitelijke leven er uit ziet</p> <p>navragen hoe de cliënt zou willen leven</p> <p>navragen wat cliënt er voor over heeft</p> <p>navragen naar relatie met familie, vrienden, kennissen, burens</p> <p>informereren naar bezigheden, hobby's, arbeidsverleden</p> <p>informereren naar middelengebruik/uitvragen van gebruik per dag</p> <p>beoordelen van gevaar</p> <p>beoordelen van achteruitgang / vooruitgang</p> <p>beoordelen van draagvlak in de buurt (i.v.m. overlast)</p> <p>levensloop in kaart brengen</p>
Monitoren	<p>even bellen met de burens</p> <p>overleggen met cliënt of derden mee mogen kijken of het goed blijft gaan</p> <p>even langs gaan</p> <p>met politie o.i.a. overleggen of die ook een oogje in het zeil willen houden</p> <p>opzoeken in het park, bij de methadonpost, werkproject</p> <p>met cliënt bespreken of ook anderen mogen meekijken of het goed gaat</p> <p>netwerk versterken rond cliënt</p>
Linking	<p>met cliënt naar een instantie toegaan (warme overdracht)</p> <p>voor iemand informeren naar wachtlijsten, contra indicaties, voorwaarden</p> <p>cliënt verwijzen of doorgeleiden</p> <p>hulpverleners en dienstverleners voorbereiden op de komst van cliënt</p> <p>voorlichting geven aan instellingen over sociaal kwetsbare mensen</p>

	<p>knelpunten in de samenwerking wegnemen (of zorgen dat dit gebeurt)</p> <p>cliënt instrueren over 'hoe om te gaan met instelling'</p> <p>beschikbaar zijn voor consultatie</p> <p>sprekuren houden in de maatschappelijke opvang</p> <p>andere hulpverleners motiveren om cliënt in beeld te houden</p> <p>afspraken maken met andere hulpverleners</p> <p>zorgconferenties organiseren</p> <p>voorzitten van zorgconferentie</p> <p>aanspreken van collegae op gemaakte afspraken</p>
Coördinatie	
Belangenbehartiging	<p>pleiten voor een tweede woonkans onder voorwaarden</p> <p>regelen van een uitkering</p> <p>onwil wegnemen bij huisarts (i.v.m. niet voorschrijven van medicatie)</p>
Crisisinterventie	<p>beoordelen van draagkracht van familie / burens</p> <p>prioriteren van problemen</p> <p>taken verdelen tussen actoren</p> <p>aanstellen van beschermengel (toezichhouders)</p> <p>korte termijnplan maken</p> <p>voorlichting over verloop van crises</p>
Steun bij het dagelijks leven	<p>ongevraagd hulp bieden, bemoeizorg</p> <p>organiseren van drang (plan voor terugkeer in huis onder voorwaarden)</p> <p>organiseren van drang: terugkeer in een huis onder voorwaarden</p> <p>begrenzen van agressie</p> <p>bevorderen van omgevingsbesef</p> <p>hulp bij organiseren van de huishouding</p> <p>bespreken van rommel om huis, afspraken maken over opruimen</p> <p>confronteren met gedrag</p> <p>begrenzen van grensoverschrijdend gedrag</p> <p>bieden van structuur</p> <p>aanbieden van een rolmodel, voordoen hoe je conflicten oplost</p> <p>reconstructie van het levensverhaal</p> <p>bemoedigen van initiatief, belichten van prestaties</p> <p>heretiketteren van gedrag</p> <p>belemmerende inzichten over zichzelf (helpen) wegnemen</p> <p>belemmerende inzichten over de feitelijke situatie veranderen</p> <p>aanmoedigen door te gaan</p>

<p>Educatie</p>	<p>opmerkzaamheid voor kleine vooruitgang</p> <p>hulp bij het uitpraten van conflicten</p> <p>hulp bij het ontwikkelen van realistische verwachtingen</p> <p>tonen van empathie (bij tegenslag of terugval)</p> <p>navragen wat men van het ziektebeeld weet, hoe er mee om te gaan</p> <p>voorlichting over ziektebeeld en hoe er mee te leven</p> <p>vooruitkijken op het beloop van de kwetsbaarheid</p> <p>andere dienst- en hulpverleners uitleggen over blijvende kwetsbaarheid</p>
-----------------	---

Een samenvatting van de werkwijze van Vangnet & Advies

In de eerste onderzoeksrunde is met een veldonderzoek geprobeerd een beschrijving te maken van de gehanteerde werkwijze binnen de Vangnet & Advies praktijk van de GGD te Groningen. In deze tweede ronde wordt getracht verbeteringen aan te brengen in de gehanteerde werkwijze met behulp van twee focusgroepen. Hieronder wordt daarvan een ruwe samenvatting gegeven. De samenvatting valt uiteen in twee onderdelen; de primaire zorg en de manier waarop de samenwerking gestalte krijgt.

1. De primaire zorg

Contact krijgen

Contact krijgen gebeurt door gebruikelijke technieken als afstemmen van mimiek, afstemmen van taal, het tonen van belangstelling, tonen van empathie en andere technieken die aangeduid worden als invoegen. Soms wordt ook een strippenkaart gegeven, wat geldt, een kop koffie, een sigaret aangeboden, om contact te krijgen.

Blijvend in beeld

Hierbij moet gedacht worden aan: assessment, monitoring, linking, coördinatie, belangenbehartiging, crisisinterventie, het bieden van steun bij het dagelijks leven en educatie. Doordat de hulpverlening zich niet op het kantoor maar bij de mensen thuis of op het werkproject of zoals in het eerder beschreven fragment in de maatschappelijke opvang afspeelt, kunnen natuurlijk aanwezige personen relatief gemakkelijk ingeschakeld worden bij deze monitoring. In het veldonderzoek werd regelmatig waargenomen dat hulpverleners van Vangnet & Advies een kalenderjaar doornemen met de betrokkene om hiermee zicht te krijgen op voortekenen van terugval, crises en de stabiele periodes. Vervolgens werden er plannen gemaakt op deze voortekenen van terugval. Bij voorkeur werd dit gedaan samen met mensen uit het persoonlijk netwerk van de betrokkene. Mensen die blijvend sociaal kwetsbaar zijn, krijgen op deze manier grip op hun eigen leven en krijgen bovendien de steun die nodig is om zich staande te houden. In plaats van een leven waarin iemand bezig is te overleven van crisis naar crisis, worden crises zoveel mogelijk voorkomen. Het doel is dat hulpverlener en de cliënt de voortekenen van terugval leren herkennen en zo samen met de cliënt en diens netwerk grip krijgen op de duur, de intensiteit en frequentie van crises.

Voorstelbaar is dat zorgverlamming sneller optreedt als de hulpverlening geconfronteerd wordt met verrassingen. Ook voorstelbaar is dat zorgvermijding uitblijft als zowel hulpverlener als cliënt aan hetzelfde doel werken; grip krijgen op het dagelijks leven.

Motiveren

Het motiveren voor hulp gebeurt door cliënten te vragen naar het leven dat ze het liefst zouden willen leiden en dit hardop te vergelijken met het leven dat ze op dit moment aan het leven waren. In de discrepantie tussen het beoogde leven en het feitelijk leven worden argumenten gevonden om veranderingen door te voeren en hulp te accepteren. “Hoe leef je nu?” en “Hoe wil je leven?” en “Wat hoe moeten we daar uit komen?”

Narratief gerichte zorg

Narratieve zorg richt zich op het verbinden van verleden, heden en toekomst. Dit is vooral belangrijk omdat deze mensen vaak een verbrokkeld en chaotisch leven leiden. Ook is deze narratieve zorg gericht op het verduidelijken en vlottrekken van het eigen levensontwerp. Hierdoor worden angst, onzekerheid en een negatief zelfbeeld teruggedrongen. Narratieve zorg maakt identiteitsontwikkeling mogelijk, maar ook leert de cliënt accepteren dat een ruggesteun nodig is in de vorm van een hulpverlener die naar hem of haar blijft omkijken.

Begrenzing

Anders zijn van cliënten wordt geaccepteerd, maar dat wil niet zeggen dat alle gedragingen worden geaccepteerd. Het stellen van grenzen is soms nodig om door te kunnen gaan met cliënten die zich nu en dan zeer eisend en soms agressief opstellen. Dit gebeurt door verwachtingen over en weer met cliënten uit te spreken. Soms is het nodig om regels af te spreken over wat er gaat gebeuren als de cliënt zich niet aan de afspraken houdt. Ten einde de veiligheid van de hulpverlening zeker te stellen is het soms ook nodig om de omgangsregels te concretiseren. Bijvoorbeeld: dat er geen hulp wordt verleend in geval van agressie. Of : dat het gesprek alleen dan wordt voortgezet als het schreeuwen en dreigen stopt.

Drang als methodisch instrument

Verschillende cliënten lijken in hun maatschappelijk functioneren niet te kunnen leven zonder stok achter de deur. Soms is zonder drang of dwang het afglijden van cliënten niet te voorkomen. Het toepassen van drang wordt zoveel mogelijk overgelaten aan

maatschappelijk instanties als politie of woningbouwvereniging en dat de hulpverlener de ontstane situatie vervolgens gebruikt voor een therapeutisch contact. Een voorbeeld.

Een vrouw valt voortdurend terug in psychotische episodes, gebruikt allerlei middelen en laat anderen die in haar huis dealen toe. De woningbouwvereniging gaat over tot een uitzettingsprocedure hetgeen slechts uitgesteld of afgesteld wordt als de cliënt hulp accepteert.

Ook bij het toepassen van drang is het belangrijk om cliënten ruimte te bieden voor het maken van keuzes te maken, door alternatieven, en de voor- en nadelen ervan, op een rij te zetten.

Bevorderen van autonomie

De autonomie van cliënten wordt bevorderd door het aansturen op zelfgekozen beslissingen, want daar is de cliënt geneigd achter te gaan staan. Dit houdt in dat dwang zoveel mogelijk vermeden wordt want dit lokt anti sociaal gedrag uit. Men lokt het ‘volwassen gedrag’ als het ware uit door een respectvolle bejegening en door cliënten vragen te stellen wat zij willen. Dit gebeurt ook subtiel door ‘hardop te denken’ en twijfels aan cliënten voor te leggen.

Perspectieven creëren

Enerzijds verwijst dit naar het zoeken naar en aansluiten op wat de cliënt wil, bijvoorbeeld een huis, het terugdringen van psychotische verschijnselen of het afbouwen van een verslaving. Anderzijds verwijst het creëren van perspectieven naar een principe; wie wat te verliezen heeft is geneigd ervoor te vechten.

Het versterken van netwerken

Er wordt onderscheid gemaakt tussen het persoonlijke netwerk en het professionele netwerken om de cliënt. De netwerken worden gebruikt als bron van informatie, maar ook om aan te informeren. Als een cliënt uit het zicht verdwijnt, en men maakt zich zorgen, dan worden netwerken ingelicht en gevraagd alert te zijn op signalen. Ook worden interventies ondernomen om netwerken te versterken. Soms door het (laten) uitpraten van conflicten, soms door het verduidelijken van onderlinge verwachtingen. Voor zowel de persoonlijke als de professionele netwerken geldt dat men zich wel wil bemoeien met deze cliënten, wezenlijk daarbij is dat men zich gesteund voelt door een actieve en betrokken casemanager.

Houdingsaspecten

De volgende houdingsaspecten maken deel uit van de werkwijze:

- De bereidheid om mee te bewegen op de hulpbehoefte van cliënten en daarbij terugval en grilligheid te accepteren.
- De bereidheid om praktische en materiele hulp te beiden.
- De bereidheid om een dialoog aan te gaan over de oplossingsrichting met alle betrokkenen.
- De bereidheid om actief en outreachend op te willen treden.
- De bereidheid om verschillen in leefstijl en normenkaders te accepteren.
- De bereidheid om kwaliteiten van cliënten te benadrukken en gedrag positief te heretiketteren
- Een besef dat de samenleving nu en dan hoge eisen stelt aan zijn burgers en dat een groep uitvallers relatief makkelijk ontstaat, helpt om een houding van *welgemeende zorg* uit te stralen.
- Een Terrier-houding is tot slot ook belangrijk. Hiermee wordt bedoeld dat men niet te snel opgeeft en dat men bereid is steeds weer nieuwe kansen te bieden en cliënten de kans geven hiervan leren.

2. Kenmerken van het ondersteuningsarrangement in de regio³⁰¹

- De zorginstellingen in een regio zijn bereid om cliënten - al dan niet in een convenant vastgelegd - niet onnodig naar elkaar door te verwijzen.
- Hulpverleners en zorginstellingen zijn bereid om de eigen professionele- en instellingsgrenzen soepel te hanteren.
- De hulpverleners van de verschillende instellingen vormen een zorgketen waar men de deskundigheden van elkaar gebruikt.
- De instellingscultuur is zodanig dat ook 'moeilijke', 'lastige' cliënten zich welkom voelen, met in acht neming van de dagelijkse omgangsnormen.

³⁰¹ Aan dit onderwerp wordt een aparte publicatie gewijd. In deze publicatie wordt aangesloten bij ideeën van Meurs die onlangs op het congres Dubbel en Dwars (Groningen, AVG, 5 november 1999) een lezing hield over samenwerking in de GGZ. Zij gaf aan dat emoties een grote rol spelen bij samenwerkingsprocessen: angst voor samenwerking, angst voor verandering, angst voor verlies van autonomie. Bovendien werd het belang onderstreept van het overschrijden van systeemgrenzen; doelstellingen worden niet bereikt vanuit 1 instelling maar juist door middel van een effectief werkende keten. Zie ook: Meurs, P. (red.) *Regionale samenwerking in de GGZ: hoe verder?* NcGv: Utrecht, 1987.

Bijlage 4

Vragenlijst

Welke persoonlijke eigenschappen zijn nodig om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen inde OGGz?

Laag 3	Heb ik zelf	Is nodig voor de OGGz
Waarden,		
normen,		
beroepsethiek		
morele maatstaven		

Laag 4	Heb ik zelf	Is nodig voor de OGGz
Zelfconcept		
Motieven		
Inzet		
gedrevenheid		
overtuigingskracht		

BIJLAGE 5

Ordering van de thema's, competenties en vaardigheden

	THEMA	COMPETENTIE
1	<i>Marginalisering</i> <ul style="list-style-type: none">▪ De cursist kan beschrijven hoe de manier van samenleven in Nederland leidt tot uitsluiting van kwetsbare mensen.▪ De cursist kan aangeven wat de filosoof Kunneman bedoeld met 'trage vragen'.▪ De cursist kan een eigen standpunt bepalen over een zorgzame cultuur▪ De cursist kan een beschrijving geven van de problemen die OGGz-cliënten hebben of veroorzaken.	<i>Het vermogen om persoonlijke opvattingen in verband te brengen met gezichtspunten van anderen op marginalisering.</i>
2	<i>Samenwerken</i> <ul style="list-style-type: none">▪ De cursist kan beschrijven hoe ontoegankelijkheid, aanbodgerichtheid en bedrijfsblindheid van professionals en instellingen de zorg voor OGGz-cliënten in de weg staan.▪ De cursist kan een beschrijving geven van de OGGz als systeem van onderlinge afhankelijke instellingen en professionals.▪ De cursist kan factoren benoemen die actieve samenwerking uitlokken en factoren die actieve samenwerking bemoeilijken.▪ De cursist kan deze factoren in verband brengen met de het functioneren van een zogenaamde frontoffice en backoffice.▪ De cursist kan een eigen standpunt bepalen over duurzame afhankelijkheidsrelaties binnen een OGGz netwerk en kan dit onderbouwen met begrippen als win-win, autonomie, ruil en loyaliteit.	<i>Het vermogen om in een aanbodgerichte context te zorgen voor samenwerking, continuïteit en afstemming in de geboden zorg.</i>
3	<i>Blijvend in beeld</i> <ul style="list-style-type: none">▪ De cursist kan fasen van een veranderingsproces volgens Prochaska en Di Clementi beschrijven.▪ De cursist kan demonstreren hoe er gewerkt kan worden aan terugvalpreventie.▪ De cursist kan drie vormen van casemanagement – het strength model, clinical casemanagement en contextual casemanagement – in verband brengen met de onderdelen van zorgcoördinatie zoals Intagliata die beschreef.	<i>Het vermogen om vanuit principes van zorgcoördinatie continuïteit van zorg te bieden</i>

	<ul style="list-style-type: none"> De cursist kan principes van zorgcoördinatie en casemanagement toepassen op uiteenlopende cases. 	
4	<i>Contact maken</i>	<i>Het vermogen om vanuit de werkelijkheidsbeleving van de cliënt aansluiting te vinden en een relatie op te bouwen.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> De cursist kan doordringen in de werkelijkheidsbeleving van de cliënt en kan hierop aansluiten. De cursist kan beargumenteren waarom presentie – als het kan - vooraf dient te gaan aan interventie. De cursist kan competenties van cliënten benoemen. De cursist kan uitleggen waarom trouw en volharding belangrijk zijn bij de zorg voor OGGz-clieñten. De cursist kan de eigen vermogens om contact te maken onder woorden brengen en uitbuiten in een hulpverleningssituatie. De cursist kan reflecteren op leerpunten die nodig zijn om zich een actieve houding eigen te maken. 	
5	<i>Motiveren</i>	<i>Het vermogen om bij de cliënt motivatie op gang te brengen om zo succesvol en tevreden mogelijk te kunnen functioneren.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> De cursist kan contexten beschrijven waar weerstand en antisociaal gedrag wordt uitgelokt. De cursist kan aanwijzingen voor weerstand herkennen. De cursist kan de vijf principes van de motivationele benadering beschrijven en demonstreren in uiteenlopende rollenspellen en cases. 	
6	<i>Identiteitsontwikkeling</i>	<i>Het vermogen om langdurige relaties met cliënten aan te gaan en hierin gelegenheid te geven voor hechting en identiteitsontwikkeling</i>
	<ul style="list-style-type: none"> De cursist kan achtergronden van het narratieve denken weergeven. De cursist kan het belang weergeven van het verbinden van verleden, heden en toekomst bij mensen die een verbrokken bestaan leiden. De cursist kan demonstreren hoe er (terloops) gelegenheid kan worden geboden voor hechting en identiteitsontwikkeling. De cursist kan demonstreren hoe er (terloops) gelegenheid kan worden geboden voor hechting en identiteitsontwikkeling. De cursist kan helpen om (terloops) overlevingsstrategieën en patronen in de levensgeschiedenis te verduidelijken. 	
7	<i>Sociale netwerkstrategieën</i>	<i>Het vermogen om kwetsbaarheid terug te dringen door sociale netwerken rond de cliënt te versterken.</i>

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ De cursist kan samen met cliënten sociale rollen als broer/zus, vader/moeder, collega, buur en vriend onder de loep nemen. ▪ De cursist kan samen met cliënten nagaan welke netwerken steun kunnen bieden. ▪ De cursist kan de specifieke positie van burens benoemen en waar nodig ondersteunen. ▪ De cursist kan omgaan met botsende belangen tussen burens, cliënten en andere actoren.
8	<i>Het zorgcontinuüm</i>	<i>Het vermogen om actief zorg te bieden en daarmee dwang te voorkomen.</i>
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ De cursist kan uitleggen waarom het voorkomen van dwang belangrijk is. ▪ De cursist kan de verschillende onderdelen van het zorgcontinuüm toepassen op verschillende cases. ▪ De cursist kan morele afwegingen maken voor het bieden van ongevraagde hulp bemoeizorg, drang en dwang.
9	<i>De casemanager als persoon</i>	<i>Het vermogen om persoonlijke kwaliteiten en belemmeringen in verband te brengen met de kernelementen van deze methodiek.</i>
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ De cursist kan kernelementen van deze methodiek toepassen op uiteenlopende cases ▪ De cursist kan eigen kernkwaliteiten benoemen die het toepassen van deze methodiek bemoeilijken en bevorderen. ▪ De cursist kan omgaan met schijnbare tegenstellingen die zich in de zorgverlening voordoen beschrijven en keuzes verantwoorden.

Leertraject OGGz

Periode:

Trainer:

Inleiding

Mede mogelijk gemaakt

door de Stichting Gerard van Kleef

Inleiding

Deze training is bedoeld om professionals voor te bereiden op de hulp aan zogenaamde probleem-kluwen-klienten in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz). Probleem-kluwen-klienten zijn mensen die verschillende problemen *hebben*, maar ook *veroorzaken*. Velen zijn verslaafd en hebben psychiatrische problemen. Meestal kan niet meer achterhaald worden welk probleem er het eerst was. Omdat deze mensen problemen hebben op meerdere levensgebieden – zoals werk, gezondheid, uitkeringen, huisvesting, problemen met justitie – hebben verschillende hulpverleners met deze groep te maken. Professionals die werkzaam zijn bij de GGZ, de verslavingszorg, GGD 'en, de maatschappelijke opvang, de politie, het maatschappelijk werk, de sociale diensten, de reclassering, de woningbouwverenigingen vormen tegenwoordig vangnetteams die de zorg voor deze groep mensen gestalte geeft. Deze professionals hebben verschillende opleidingsachtergronden als: Verpleegkunde, Sociaal Pedagogische Hulpverlening, Sociaal Juridische Dienstverlening en Politieacademie. In deze training wordt aandacht besteed aan hoe het kan dat zoveel mensen in een dergelijke gemarginaliseerde positie terechtkomen. Daarbij wordt stilgestaan bij verklaringen op het niveau van de samenleving en het niveau van de organisatie van zorg. Het belangrijkste deel van de training bestaat echter uit praktische methodieken om de zorg aan deze kwetsbare groep mensen samen met het OGGz team gestalte te geven. Veel van onze klienten zijn niet gemakkelijk in de omgang. Hoe je als hulpverlener toch contact kan krijgen met deze mensen, hoe je mensen kan motiveren om hulp te aanvaarden, hoe je dwang kan voorkomen, hoe je kan samenwerken met burens om het leefbaar te houden in de buurt, maar ook hoe er weer continuïteit kan komen in het levensverhaal van deze mensen. Deze vragen komen onder andere aan bod in de cursus. Praktijkvoorbeelden nemen daarbij een belangrijke plaats.

Eén van de redenen dat er landelijk en regionaal veel geïnvesteerd wordt in het optuigen van de OGGz is dat de hulp en dienstverlening in Nederland sterk gedifferentieerd en daardoor gefragmenteerd is: voor elk probleem bestaat een ander loket. Met andere woorden, de cliënt wordt geholpen bij zijn psychiatrische problemen maar zal eventuele andere problemen elders moeten zien op te lossen. In het beste geval wordt iemand verwezen naar een andere instelling. Vanuit het perspectief van de cliënt kan dit tot gevolg hebben dat er verschillende adviezen worden gegeven en in het ergste geval dat (behandel-)adviezen elkaar tegenwerken. In het slechtste geval ziet de cliënt de bomen door het bos niet meer waardoor de problemen door een gebrekkige aanpak zich opstapelen. Om deze

versnippering van hulpverlening en het niet goed samenwerken van verschillende instellingen tegen te gaan, is casemanagement een belangrijk sturend mechanisme. Casemanagement, of zorgcoördinatie, is een methodische werkvorm dat erop gericht is om alle betrokkenen bij een cliënt goed met elkaar te laten samenwerken waardoor cliënten in de OGGz beter geholpen kunnen worden. Enerzijds gaat het erom dat de cliënt met diens beperkingen met succes en tevredenheid kan functioneren en anderzijds gaat het erom dat overlast voor anderen teruggedrongen wordt. Vaak gaat dit samen.

Casemanagement is echter niet alleen een organisatorisch of sturend mechanisme om de hulpverlening beter te laten verlopen. Casemanagement gaat uit van betrokkenheid van de hulpverlener bij de cliënt en kan alleen werken wanneer er sprake is van een goede samenwerkingsrelatie. De attitude van de hulpverlener is van essentieel belang om een goed contact op te bouwen met de cliënt. Het vermogen om als casemanagement op te treden krijgt in deze training relatief veel aandacht.

Kernelementen van de methodiek

De methodiek die in deze cursus centraal staat bestaat uit een aantal kernelementen. Deze zijn:

- Houd kwetsbare mensen blijvend in beeld en wees alert op voortekenen van terugval;
- Bouw aan sociale netwerken die steun kunnen bieden;
- Ontsluit hulp van andere instellingen. Een hecht samenwerkend netwerk van professionals die de regio en de kwetsbare mensen die daar in wonen goed kennen is van doorslaggevende betekenis;
- Benut de mogelijkheden tussen vrijwillige hulp en dwang. Is vrijwillige hulp niet mogelijk? Bied dan ongevraagde hulp, bemoeizorg of drang. Probeer dwang te voorkomen, want dwang roept anti sociaal gedrag op.
- Zoek naar mogelijkheden om contact te maken en vertrouwen te winnen. Tuning – het afstemmen van mimiek, taalgebruik en rituelen – is, naast het tonen van empathie, een sleutelbegrip.
- Motiveren voor het aanvaarden van hulp of voor het doorvoeren van veranderingen, is een natuurlijk onderdeel van de hulpverlening.
- Werk in langdurige relaties aan hechting en identiteitsontwikkeling. Sleutelbegrippen zijn hier: aandacht voor de levensgeschiedenis en het verbinden van verleden, heden en toekomst; en het veranderen van belemmerde discoursen.

Didactische uitgangspunten

De cursus is bedoeld voor mensen met een uitgebreide beroepservaring. Ook hebben de deelnemers niet dezelfde opleidingsachtergrond. Gelet hierop wordt er eerst met behulp van een vragenlijst een analyse gemaakt van de beginsituatie. Het programma is opgebouwd uit lossen onderdelen die afhankelijk van de beginsituatie van de deelnemers kan worden ingewisseld of aangepast. De feitelijke inhoud van de cursus wordt *door onderhandeling en in overleg met de deelnemers* bepaald. De dia's en het leerboek waarborgen dat er aandacht is voor theorie. Een ander uitgangspunt van de cursus is de *congruentie* tussen de wijze waarop cliënten de kans krijgen om te leren en de kansen die de deelnemers in de cursus krijgen om te leren. In al deze leerprocessen wordt er aangesloten bij de wijze waarop de cursist leert. Tot slot is een uitgangspunt dat *leren ontstaat door doen*. De eigen praktijk en het toepassen van vaardigheden krijgen veel aandacht.

Leerrijke werkomstandigheden

Het werk in de OGGz is vaak niet gemakkelijk. De doelgroep laat zich niet zomaar motiveren en werkt niet vanzelfsprekend mee, maar ook de samenwerking is omgeven door voetangels en klemmen. De professionals in de OGGz, die afkomstig zijn van verschillende instellingen, houden er verschillende visies, werkwijzen en ideeën op na. Emoties spelen een rol in de samenwerking: angst voor samenwerking, angst voor verandering, angst voor verlies van autonomie. Het overwinnen van angst en achterdocht naar elkaar en het overschrijden van grenzen zijn echter kenmerken van een vitaal netwerk. Samenwerking in de OGGz is iets anders dan vanuit het eigen (reguliere, traditionele) aanbod met elkaar om de tafel zitten: het betekent: met elkaar doen wat nodig is. Dit vereist: grensoverschrijding, een meldpunt, een netwerk, mogelijkheid voor advies en consultatie, uitwisselen van personeel, erkenning van wederzijdse afhankelijkheid, oog voor elkaars problemen zoals wachtlijsten e.d. maar ook oog voor elkaars perspectief. Daarbij is niet zozeer van belang wat het probleem voor de eigen instelling betekent, maar wat de eigen instelling kan betekenen voor de oplossing ervan. Voor OGGz-clënten is een ideale instelling een lege winkel die de schappen vult met de producten die de cliënt wil. Zo nodig helpt hij hem te formuleren waar hij behoefte aan heeft. Uiteindelijk gaat het om de vraag: mogen (een aantal) medewerkers van verschillende instellingen, samen met hulpverleners van andere instellingen, een netwerk vormen en de etalage vullen met diensten die de cliënt nodig heeft om met succes en tevredenheid zijn leven te leven? Dit is voor professionals die bij politie, reclassering, GGz, verslavingszorg, maatschappelijk werk of andere maatschappelijke instellingen niet

altijd gemakkelijk. Naar wie is de professional loyaal? Naar de eigen instelling, naar het netwerk, of beide? Het management van maatschappelijke instellingen moedigt niet altijd aan om grensoverschrijdend te gaan werken met een doelgroep waarvoor men maar deels verantwoordelijk is. Het A1 kwadrant in de onderstaande illustratie geeft een toestand weer waar instellingen naast elkaar hun werk doen, maar waar ook sprake is van een verbondenheid op basis van een gezamenlijke verantwoordelijkheid.

Loyaliteit van de individuele professional		
	1. Wijgevoel t.o.v. het netwerk	2. Zijgevoel t.o.v. het netwerk
A. Wijgevoel t.o.v. de eigen instelling	<i>Goede samenwerkingsrelatie Betrokkenheid bij de eigen instelling</i>	<i>Hiaten in de samenwerkingsrelatie Betrokkenheid bij de eigen instelling</i>
B. Zijgevoel t.o.v. de eigen instelling	<i>Goede samenwerkingsrelatie Afstand van de eigen instelling</i>	<i>Hiaten in de samenwerking Afstand van de eigen instelling</i>

Leerrijke werkomstandigheden zijn werkomstandigheden waarin beide loyaliteiten naast elkaar kunnen bestaan. Als het nodig is wordt er in deze training gewerkt aan teamvorming zodat er voldoende veiligheid is om te experimenteren en nieuwe vaardigheden op te doen. Teamvorming kan verder belangrijk zijn om elkaar te leren verstaan en de verschillende begrippenkaders, visies en methoden te begrijpen. Tot slot kan teamvorming belangrijk zijn om de deskundigheden en persoonlijke eigenschappen van elkaar te benutten. De komende 10 maanden zijn er 6 trainingsdagen en de 8 intervisiebijeenkomsten gepland die ruimte bieden voor het ontstaan van leerrijke werkomstandigheden.

Doel van de training:

Aan het eind van de training kunnen de deelnemers binnen lokale zorgnetwerken taken op zich nemen op het gebied van casemanagement.

Doelgroep:

Medewerkers van OGGz teams in Nederland.

PROGRAMMA

Met de cursisten wordt nauwkeurig gekeken naar beginsituatie, beoogde leerdoelen en specifieke wensen. Aan de hand hiervan wordt een definitief programma gemaakt.

Cursusdag 1

Deze dag heeft drie onderdelen.

1. Kennismaking a.d.h.v. de volgende onderwerpen:

Maak een lijstje met daarop:

- ♦ jouw favoriete boek
- ♦ jouw favoriete muziek
- ♦ omschrijving van jezelf a.d.h.v. een bekende persoon of personage
- ♦ grootste ergernis
- ♦ grootste kwaliteit

Lijstjes worden ingenomen en voorgelezen. Iedereen mag raden van wie het lijstje is. Vervolgens ondervraagt 1 iemand de persoon op de items.

Doel: kennismaken a.d.h.v. narratieven

2. Vaststelling van de beginsituatie van de deelnemers.

Iedere deelnemer vult de vragenlijst in die op de laatste pagina's staat afgedrukt. Vervolgens worden de uitkomsten besproken.

3. Vaststelling van het programma.

We kijken vooruit naar de komende vier lesdagen en de onderwerpen die prioriteit hebben.

Onderdeel opvattingen over marginalisering

Competentie

Het vermogen om persoonlijke opvattingen in verband te brengen met gezichtspunten van anderen op marginalisering

Beoogde resultaten

De cursist kan beschrijven hoe de manier van samenleven in Nederland leidt tot uitsluiting van kwetsbare mensen.

De cursist kan aangeven wat de filosoof Kunneman bedoeld met 'trage vragen'.

De cursist kan een eigen standpunt bepalen over een zorgzame cultuur

De cursist kan een beschrijving geven van de problemen die OGGz cliënten hebben of veroorzaken.

Individueel

Ieder mens is kwetsbaar. Je wordt nu gevraagd naar je eigen kwetsbaarheid te kijken. Beantwoord de vragen insteekwoorden.

Welke kwetsbaarheden heb jezelf?

Zou je zelf in een gemarginaliseerde positie terechtkunnen komen?

Welke factoren dragen er toe bij dat je (niet) snel afglijdt?

In hoofdstuk 1 van het leerboek wordt beweerd dat solidarisering en compassie belangrijk zijn in het werk met probleem-kluwen-klienten.

Is een dergelijke houding wel professioneel?

Je zou kunnen zeggen dat er glijdende schaal is tussen afstand en betrokkenheid, tussen subjectivering en objectivering. Waar sta je zelf?

Wat hebben probleem-kluwen-klienten nodig: medelijden, medeleven, steun, therapie, begrenzing, straf, een oord buiten de stad waar men op adem kan komen? Wat heeft het antwoord op deze vraag te maken met je persoonlijke opvattingen?

Tweetallen

Besprek in tweetalen de antwoorden. Probeer elkaars opvattingen samen te vatten.

Plenair

De antwoorden / posities worden besproken. Eventueel wordt de positie van de groep getoetst aan een nieuwe opdracht.

Stel je moet een groep gemeentelijke ambtenaren iets vertellen over kwetsbaarheid en marginalisering. Je wilt hen duidelijk maken dat de samenleving onherbergzame aspecten heeft en dat het wellicht ontbreekt aan een zorgzame cultuur. Wat zou je naar voren brengen? Hoe zou je dit aanpakken?

Onderdeel contact maken

Competentie

Het vermogen om vanuit de werkelijkheidsbeleving van de cliënt aansluiting te vinden om een relatie op te bouwen.

Beoogde resultaten

De cursist kan doordringen in de werkelijkheidsbeleving van de ander en kan hierop aansluiten.

De cursist kan beargumenteren waarom presentie – als het kan - vooraf dient te gaan aan interventie.

De cursist kan competenties van cliënten benoemen.

De cursist kan uitleggen waarom trouw en volharding belangrijk zijn bij de zorg voor probleem-kluwen-clienten.

De cursist kan de eigen vermogens om contact te maken onder woorden brengen en uitbuiten in een hulpverleningssituatie.

De cursist kan reflecteren op leerpunten die nodig zijn om zich een actieve houding eigen te maken.

Kort college met de volgende inhoud:

- ♦ Tuning en invoegen
- ♦ De presentiebenadering en met name het doordringen in de leefwereld van cliënten
- ♦ Knelpunten in het contact

Individueel

Beschrijf je eigen contactuele eigenschappen. Waar liggen sterke punten waar liggen belemmeringen? Met welke personen, groepen of culturen leg je graag of juist moeilijk contact? Formuleer leerpunten.

Tweetallen

Bespreek in tweetallen deze eigenschappen, belemmeringen en leerpunten.

Oefeningen in contact leggen

Oefening 1: non-verbaal contact leggen

Doel van de oefening: ervaren hoe het is om contact te leggen of aangeboden te krijgen zonder dat je weet hoe de ander reageert en met beperkte communicatieve middelen.

De groep wordt in tweeën gesplitst.

Groep 2 verspreidt zich over het lokaal, de gang, de wc,....

Deelnemers van groep 2 kunnen zelf bepalen hoe zij zich opstellen: open, gesloten, meegaand, weerbarstig,...

Nabespreking plenair: wat gebeurde er: lukte het om contact te krijgen, wat dacht je, wat zag je, wat ervaaarde je,...?

Oefening 2: verbaal contact leggen

Doel van de oefening: oefenen met hoe contact kan worden gelegd zonder dat je weet hoe de ander reageert.

De groep wisselt van rol, zie verder oefening 1.

Men houdt het nu bij een en dezelfde persoon.

Oefening 3: contact leggen in een psychotische wereld

Doel: oefenen en ervaren met communicatie die verstoord wordt door allerlei prikkels.

De groep wordt weer in tweeën gedeeld. Iedereen blijft in het lokaal.

Groep 1 krijgt de opdracht non-verbaal contact te maken met iemand uit groep 2.

Nabespreking plenair.

Onderdeel motiverende benadering

Competentie

Het vermogen om bij de cliënt motivatie op gang te brengen om zo succesvol en tevreden mogelijk te kunnen functioneren.

Beoogde resultaten

De cursist kan contexten beschrijven waar weerstand en antisociaal gedrag wordt uitgelokt.

De cursist kan aanwijzingen voor weerstand herkennen.

De cursist kan de 5 principes van de motivationele benadering beschrijven en demonstreren in uiteenlopende rollenspellen en cases.

Kort college met de volgende inhoud:

- ♦ Achtergronden van weerstand;
- ♦ “Omgekeerd interveniëren”;
- ♦ Motiverende gespreksvoering en andere communicatieve strategieën;
- ♦ Uitlokken van samenwerking;
- ♦ Zorgen voor een goede sfeer,
- ♦ Win-win
- ♦ Indicaties van een “geslaagde relatie”.

Tweetallen

Vat de essentie van het college voor elkaar samen.

Viertallen

De voltallige groep wordt verdeeld in viertallen. De viertallen gaan functioneren als intervisiegroep. Ieder brengt cases in uit de eigen praktijk waarin sprake is van botsende belangen, weerstand (vijandigheid, debatteren, negeren, gebrek aan motivatie). De overige drie leden denken mee en proberen inbrenger er toe te bewegen om de motiverende gespreksvoering toe te passen.

Plenair

Uitwisselen van leerervaringen. De voltallige groep denkt mee over cases die in het viertal ogenschijnlijk “onoplosbare” leken.

Onderdeel blijvend in beeld

Competentie

Het vermogen om vanuit principes van zorgcoördinatie continuïteit van zorg te bieden

Beoogde resultaten

De cursist kan fasen van een veranderingsproces volgens Prochaska en Di Clementi beschrijven.

De cursist kan demonstreren hoe er gewerkt kan worden aan terugvalpreventie.

De cursist kan drie vormen van casemanagement – het strength model, clinical casemanagement en contextual casemanagement – in verband brengen met de onderdelen van zorgcoördinatie zoals Intagliata die beschreef.

De cursist kan principes van zorgcoördinatie en casemanagement toepassen op uiteenlopende cases.

Plenair

Kort college met de volgende inhoud:

- ♦ Redenen om een zorgconferentie te organiseren:
 - De situatie dreigt vast te lopen. De zorgconferentie is een manier om duidelijkheid te krijgen over de situatie van de betreffende persoon en de daarin met elkaar samenhangende factoren.
 - Er wordt van meer dan twee betrokkenen een bijdrage verwacht bij de aanpak van de problemen.
 - Lopende samenwerkingsafspraken voldoen niet (meer).
 - Het is nodig dat betrokkenen hun perspectief bespreken in samenhang met dat van de andere betrokkenen.
 - Er wordt een grote mate van creativiteit gevraagd om de problemen aan te pakken.
- ♦ Motieven om sommige kwetsbare mensen blijvend in beeld te houden.
- ♦ Terugvalpreventie

Zorgconferentie

Eén van de deelnemers brengt een casus in die voldoet aan de criteria om een zorgconferentie te organiseren. De inbrenger van de casus probeert van te voren vast te

stellen wat hij/zij er uit zou willen halen en schrijft dit in steekwoorden op. Denk daarbij aan afspraken over zorgcoördinatie, terugvalpreventie, taakverdeling, eventueel crisisplan.

In de nabespreking wordt ingegaan op het type casemanagement waar voor gekozen kan worden, op het vermogen om te onderhandelen en op het bestendigen van veranderingen.

Onderdeel identiteit versterken

Competentie

Het vermogen om langdurige relaties met cliënten aan te gaan en hierin gelegenheid geven voor hechting en identiteitsontwikkeling

Beoogde resultaten

De cursist kan achtergronden van het narratieve denken weergeven.

De cursist kan het belang weergeven van het verbinden van verleden, heden en toekomst bij mensen die een verbrokken bestaan leiden.

De cursist kan demonstreren hoe er (terloops) gelegenheid kan worden geboden voor hechting en identiteitsontwikkeling

De cursist kan helpen om (terloops) overlevingsstrategieën en patronen in de levensgeschiedenis te verduidelijken.

Kort college met de volgende inhoud:

- ◆ Sociaal constructionisme, narratieve hulpverlening of biografisch gerichte zorg
- ◆ Discours
- ◆ Het belang van verbindingen tussen heden, verleden en toekomst bij probleem-kluwen-klanten

Individueel

Neem jezelf nauwkeurig onder de loep. Geef in steekwoorden antwoorden op de volgende vragen. Hoe afficheer je jezelf aan anderen? Hoe is je oogopslag? Hoeveel initiatief neem je/laat je aan anderen? Hoe zie je jezelf met die eigenschappen in de hulpverlening? Als bondgenoot, als reparateur, als expert, als overlastbestrijder, als bemiddelaar, of iets anders?

Tweetallen

Bespreek de antwoorden met je duo-partner. Ga na of de discourses adequaat zijn. Eventueel plenair terugkoppeling.

Individueel

Lees het voorbeeld door.

Bij Jan kom je niet gemakkelijk binnen. Hij is snel achterdochtig. Ik weet dat ik bij Jan het beste binnenkom als

het regent. Als een verzopen kat bij hem op de stoep staan, dat werkt. Vooral als ik hem dan vraag of ik misschien binnen mag komen. Even later vraag ik hem dan of hij ook iets te drinken heeft. Omdat hij dan voor mij moet zorgen en ik hem daarvoor kan bedanken neemt zijn achterdocht af. Ik zit te zoeken naar nog meer gelegenheden om hem als sterk naar voren te laten komen. Even later bekijken we samen zijn verbouwingen die hij in zijn woonboot heeft aangebracht. Ik laat vallen dat ik zelf nog geen schilderijtje op kan hangen en vraag uitgebreid naar een werkvolgorde van een bepaalde klus. Nog weer enige tijd later als ik het gevoel heb dat de chemie tussen ons tot stand gekomen is, vraag ik hem of hij ook weet waarom ik gekomen ben. Uiteindelijk lukt het om de zorgen die zijn burens en zijn huisarts over hem hebben, te bespreken.

Dit voorbeeld illustreert hoe je als hulpverlener het discours van de bezorgde hulpverlener die namens anderen nagaat of het functioneren van deze persoon reden is om hulpverlening op gang te brengen, kan ontsnappen. Het discours wordt van bezorgdheid en incompetentie verlegt naar een discours waarin competentie en het uitlokken van een eigen oordeel, de boventoon voert. Geef nu zelf een voorbeeld uit je eigen praktijk over het veranderen van een belemmerend discours in een therapeutisch discours.

Plenair

Naar aanleiding van de eigen cases wordt per casus gekeken hoe (terloops) gewerkt kan worden aan het verduidelijken van overlevingsstrategieën, gelegenheid geven voor hechting en identiteitsontwikkeling.

Onderdeel versterken van sociale netwerken

Competentie

Het vermogen om kwetsbaarheid terug te dringen door sociale netwerken rond de cliënt te versterken.

Beoogde resultaten

De cursist kan samen met cliënten sociale rollen als broer/zus, vader/moeder, collega, buur en vriend onder de loop nemen.

De cursist kan samen met cliënten nagaan welke netwerken steun kunnen bieden.

De cursist kan de specifieke positie van buren benoemen en waar nodig ondersteunen.

De cursist kan omgaan met botsende belangen tussen buren, cliënten en andere actoren.

Kort college met de volgende inhoud:

- ♦ De sociale netwerkbenadering
- ♦ Omvang, gevarieerdheid, dichtheid en bereikbaarheid van het netwerk
- ♦ Maatjesprojecten
- ♦ Buren
- ♦ Kwartiermaken
- ♦ Botsende belangen (empowerment van de één niet ten koste van de ander)

Incidentmethode

Eén deelnemer van de cursusgroep brengt een casus in waarin sprake is van sociaal isolement, conflicten met buren en/of familie. De groep denkt mee en probeert in de geest van de sociale netwerkbenadering te helpen bij het terugdringen van kwetsbaarheid.

Deze werkwijze wordt herhaald totdat de deelnemers deze vaardigheden kunnen toepassen.

Onderdeel dwangpreventie

Competentie

Het vermogen om actief zorg te bieden en daarmee dwang te voorkomen.

Beoogde resultaten

De cursist kan uitleggen waarom het voorkomen van dwang belangrijk is.

De cursist kan de verschillende onderdelen van het zorgcontinuüm toepassen op verschillende cases.

De cursist kan morele afwegingen maken voor het bieden van ongevraagde hulp bemoeizorg, drang en dwang.

Kort college met de volgende inhoud:

- ♦ *Het belang van dwangpreventie*
- ♦ *Het zorgcontinuüm (individuele hulpvraag, actief aanbod, ongevraagde hulp, bemoeizorg, drang, ambulante dwang, dwang)*

Onderwijsleergesprek

Onderwijsleergesprek over de volgende drie vragen: zijn er mensen die niet zonder stok achter de deur kunnen leven? Mag jij (of de hulpverlening) een stok achter de deur organiseren? Hoe zou je omgaan met het machtsverschil dat er dan ontstaat?

Individueel

Lees de casus door en haal voor jezelf de essentie van de onderdelen contact maken en de motivationele benadering terug.

Meneer Bast is een man op leeftijd en vanuit een andere plaats naar zijn huidige woonplaats gekomen. De burens maken zich zorgen om hem omdat hij 's nachts veel lawaai maakt. Volgens de burens is meneer Bast dementerende omdat hij al enkele keren de huissleutel is kwijtgeraakt en met hulp van de politie zijn huis is binnengekomen. De burens hebben contact gezocht met meneer Bast en bij hem geklaagd over zijn gedrag. Na enkele keren begint de heer Bast agressief te reageren naar de burens waarna er een melding van de burens bij het Meldpunt Overlast binnenkomt. Een eerste poging om in contact met hem te komen wordt "beantwoord" met een gesloten deur. Wanneer de deur bij een tweede poging opengaat (deze poging is niet schriftelijk aangekondigd) is dat van korte duur. Wanneer de

heer Bast begrijpt dat er hulpverlening voor de deur staat, knalt hij de deur resoluut dicht. De klachten blijven aanhouden en er is regelmatig contact met de burens. Enerzijds om hen te ondersteunen en anderzijds om signalen die wijzen op verslechtering van de situatie zo snel mogelijk op te vangen.

Schrijf in steekwoorden op hoe je deze manieren kan verleiden om hulp te aanvaarden?

Tweetallen

Besprek de uitkomsten en probeer met behulp van het zorgcontinuüm een plan te beschrijven waar dwang voorkomen wordt.

Plenair

Nieuwe cases worden ingebracht, ook cases waar dwang werd toegepast. Steeds wordt gekeken hoe de ruimte tussen vrijwillige hulp en dwang optimaal benut kan worden (of had benut kunnen worden).

Onderdeel integratieoefeningen

Competentie

Het vermogen om persoonlijke kwaliteiten en belemmeringen in verband te brengen met de kernelementen van deze methodiek (dit zijn de bovenstaande onderdelen).

Beoogde resultaten

De cursist kan kernelementen van deze methodiek toepassen op uiteenlopende cases

De cursist kan eigen kernkwaliteiten benoemen die het toepassen van deze methodiek bemoeilijken en bevorderen.

De cursist kan omgaan met paradoxen die zich in de zorgverlening voordoen beschrijven en keuzes verantwoorden.

Korte toelichting op de volgende paradoxen

Reactief	-	Pro-actief
Herstelgericht	-	Compenserend
Begrenzing	-	Acceptatie
Individueel gericht	-	Systeemgericht
Aandacht voor de		Aandacht voor de
ziektelgeschiedenis	-	levensgeschiedenis
Formeel	-	Informeel
Resultaatgericht	-	Relatiegericht

Individueel

Lees de tekst van het hoofdstuk door en bedenk cases uit je eigen praktijk waar je aspecten uit het linker rijtje van belang vindt. Doe dit ook met cases uit het rechter rijtje. Van welk rijtje kon je gemakkelijk voorbeelden bedenken? Van welke rijtje was het juist moeilijk?

Tweetallen

Bespreek de rijtjes met elkaar. Waar sta je over het algemeen?

Plenair

Iedere hulpverlener brengt persoonlijke eigenschappen in de hulpverlening mee. Ervaringen uit de eigen levensgeschiedenis maken dat je in dit werk terecht gekomen bent en bepalen ook de kwaliteit van je werk. Bijvoorbeeld:

- ♦ Ben je (altijd) bereid om mee te bewegen op de hulpbehoefte van cliënten en daarbij terugval en grilligheid te accepteren?
- ♦ Ben je (altijd) bereid om praktische en materiele hulp te beiden?
- ♦ Ben je (altijd) bereid om een dialoog aan te gaan over de oplossingsrichting met alle betrokkenen?
- ♦ Ben je (altijd) bereid om actief en outreachend op te treden?
- ♦ Ben je (altijd) bereid om verschillen in leefstijl en normenkaders te accepteren?
- ♦ Ben je (altijd) bereid om kwaliteiten van cliënten te benadrukken en gedrag positief te heretiketteren
- ♦ Vind je dat de samenleving hoge eisen stelt aan zijn burgers en dat een groep uitvallers relatief makkelijk ontstaat? Straal je (altijd) *welgemeende zorg* uit?

Individueel

Ga na waar je sterke punten liggen. Schrijf deze in steekwoorden op. Doe dat ook met je belemmeringen. Desgewenst worden de kernkwaliteiten, allergieën, valkuilen en uitdagingen van Ofman gebruikt om dit te verduidelijken.

Tweetallen

Leg de kernkwaliteiten en belemmeringen aan elkaar voor. Worden de punten herkent. Geef elkaar feedback. Verduidelijk bij elkaar hoe deze punten doorwerken in het toepassen van de methodieken in deze cursus.

Individueel

Deze laatste dag wordt gebruikt om opnieuw de balans op te maken. Schrijf voor je zelf op wat je hebt geleerd en welke leerpunten je mee neemt naar de supervisiezingen die nu komen?

Leerresultaten van de cursus

.....

.....

.....

.....

.....

Leerpunten voor de intervisie

.....

.....

.....

.....

.....

Vragenlijst beginsituatie van de cursus OGGz

Invulinstructie

1 = Kan ik al / 5 = Heeft prioriteit in de cursus

Thema 1 Achtergronden van kwetsbaarheid en marginalisering

Het vermogen om persoonlijke opvattingen in verband te brengen met gezichtspunten van anderen op marginalisering

De cursist kan beschrijven hoe de manier van samenleven in Nederland leidt tot uitsluiting van kwetsbare mensen.	1 2 3 4 5
De cursist kan aangeven hoe dagelijkse vormen van uitsluiting plaatsvinden in de eigen omgeving van de cursist	1 2 3 4 5
De cursist kan aangeven wat de filosoof Kunneman bedoelt met 'trage vragen'.	1 2 3 4 5
De cursist kan een eigen standpunt bepalen over een zorgzame cultuur	1 2 3 4 5
De cursist kan een beschrijving geven van de problemen die OGGz cliënten hebben of veroorzaken.	1 2 3 4 5

Thema 2 Samenwerken

Het vermogen om in een aanbodgerichte context te zorgen voor samenwerking, continuïteit en afstemming in de geboden zorg.

De cursist kan beschrijven hoe ontoegankelijkheid, aanbodgerichtheid en bedrijfsblindheid van professionals en instellingen de zorg voor probleem-kluwen-clients in de weg staan.	1 2 3 4 5
De cursist kan een beschrijving geven van de OGGz als systeem van onderlinge afhankelijke instellingen en professionals.	1 2 3 4 5
De cursist kan actieve samenwerking uitlokken en factoren die actieve samenwerking bemoeilijken wegnemen	1 2 3 4 5
De cursist kan factoren benoemen die actieve samenwerking uitlokken en factoren die actieve samenwerking bemoeilijken.	1 2 3 4 5
De cursist kan een eigen standpunt bepalen over duurzame afhankelijkheidsrelaties binnen een OGGz netwerk en kan dit onderbouwen met begrippen als win-win, autonomie, ruil en loyaliteit.	1 2 3 4 5

Thema 3 Blijvend in beeld

Het vermogen om vanuit principes van zorgcoördinatie continuïteit van zorg te bieden

De cursist kan fasen van een veranderingsproces beschrijven. 1 2 3 4 5

De cursist kan demonstreren hoe er gewerkt kan worden aan terugvalpreventie. 1 2 3 4 5

De cursist kan drie vormen van casemanagement – het strength model, clinical casemanagement en contextual casemanagement – in verband brengen met de onderdelen van zorgcoördinatie zoals Intagliata die beschreef. 1 2 3 4 5

De cursist kan principes van zorgcoördinatie en casemanagement toepassen in de eigen praktijk. Hierbij gaat het om het verzamelen van gegevens voor een zorgplan, monitoren van voortekenen van terugval, educatie, steun bij dagelijks leven, crisisinterventie. 1 2 3 4 5

De cursist kan regels hanteren op het gebied van privacy, protocollen en procedures. 1 2 3 4 5

Invulinstructie

1 = Kan ik al / 5 = Heeft prioriteit in de cursus

Thema 4 Contact maken

Het vermogen om vanuit de werkelijkheidsbeleving van de cliënt aansluiting te vinden om een relatie op te bouwen.

De cursist kan doordringen in de werkelijkheidsbeleving van de ander en kan hierop aansluiten. 1 2 3 4 5

De cursist kan beargumenteren waarom presentie – als het kan - vooraf dient te gaan aan interventie. 1 2 3 4 5

De cursist kan competenties van cliënten benoemen.

De cursist kan uitleggen waarom trouw en volharding belangrijk zijn bij de zorg voor probleem-kluwen-clienten. 1 2 3 4 5

De cursist kan de eigen vermogens om contact te maken onder woorden brengen en uitbuiten in een hulpverleningssituatie. 1 2 3 4 5

De cursist kan reflecteren op leerpunten die nodig zijn om zich een actieve houding eigen te maken. 1 2 3 4 5

De cursist kan een wederkerige relatie opbouwen en onderhouden met cliënten die geholpen worden in de OGGz. 1 2 3 4 5

Thema 5 Motiverende benadering

Het vermogen om bij de cliënt motivatie op gang te brengen om zo succesvol en tevreden mogelijk te kunnen functioneren.

De cursist kan contexten beschrijven waar weerstand en antisociaal gedrag wordt uitgelokt. 1 2 3 4 5

De cursist kan aanwijzingen voor weerstand herkennen. 1 2 3 4 5

De cursist kan de 5 principes van de motivationele benadering beschrijven en demonstreren in uiteenlopende rollenspellen en cases. 1 2 3 4 5

De cursist kan voorwaarden creëren waardoor de cliënt in staat is motivatie te ontwikkelen om veranderingen op gang te brengen. 1 2 3 4 5

Thema 6 Identiteitsontwikkeling

Het vermogen om langdurige relaties met cliënten aan te gaan en hierin gelegenheid geven voor hechting en identiteitsontwikkeling

De cursist kan achtergronden van het narratieve denken weergeven. 1 2 3 4 5

De cursist kan het belang weergeven van het verbinden van verleden, heden en toekomst bij mensen die een verbrokkeld bestaan leiden. 1 2 3 4 5

De cursist kan demonstreren hoe er (terloops) gelegenheid kan worden geboden voor hechting en identiteitsontwikkeling 1 2 3 4 5

De cursist kan helpen om (terloops) overlevingsstrategieën en patronen in de levensgeschiedenis te verduidelijken. 1 2 3 4 5

De cursist kan de cliënt helpen bij het betekenis geven aan gebeurtenissen in het leven. 1 2 3 4 5

Thema 7 Sociale netwerkenstrategieën

Het vermogen om kwetsbaarheid terug te dringen door sociale netwerken rond de cliënt te versterken.

De cursist kan samen met cliënten sociale rollen als broer/zus, vader/moeder, collega, buur en vriend onder de loep nemen. 1 2 3 4 5

Invulinstructie

1 = Kan ik al / 5 = Heeft prioriteit in de cursus

De cursist kan samen met cliënten nagaan welke netwerken steun kunnen bieden.	1 2 3 4 5
De cursist kan de specifieke positie van burens benoemen en waar nodig ondersteunen.	1 2 3 4 5
De cursist kan omgaan met botsende belangen tussen burens, cliënten en andere actoren.	1 2 3 4 5

Thema 8 Het zorgcontinuüm

Het vermogen om actief zorg te bieden en daarmee dwang te voorkomen.

De cursist kan uitleggen waarom het voorkomen van dwang belangrijk is.	1 2 3 4 5
De cursist kan de verschillende onderdelen van het zorgcontinuüm als ongevraagde hulp, bemoeizorg, drang, toepassen op verschillende cases.	1 2 3 4 5
De cursist kan morele afwegingen maken voor het bieden van ongevraagde hulp bemoeizorg, drang en dwang.	1 2 3 4 5

Thema 9 De casemanager als persoon

Het vermogen om persoonlijke kwaliteiten en belemmeringen in verband te brengen met de kernelementen van deze methodiek (dit zijn de bovenstaande acht thema's).

De cursist kan kernelementen van deze methodiek toepassen op uiteenlopende cases.	1 2 3 4 5
De cursist kan eigen kernkwaliteiten benoemen die het toepassen van deze methodiek bemoeilijken en bevorderen.	1 2 3 4 5
De cursist kan omgaan met paradoxen die zich in de zorgverlening voordoen beschrijven en keuzes verantwoorden.	1 2 3 4 5